

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 63

Année scolaire 1938-1939.

LES ÉCHECS
DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE
DANS LES
AFFECTIONS INFLAMMATOIRES
DES ANNEXES

(Travail de la Clinique Gynécologique
de M. le Professeur COTTE à la
Faculté de Médecine de Lyon).

T H È S E

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 mars 1939
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Camille ROMAN

Né à LYON, le 17 Décembre 1911
Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, avenue Félix-Faure

—
1939

LES ÉCHECS
DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE
DANS LES
AFFECTIONS IMFLAMMATOIRES
DES ANNEXES

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 63

Année scolaire 1938-1939.

LES ÉCHECS
DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE
DANS LES
AFFECTIONS INFLAMMATOIRES
DES ANNEXES

(Travail de la Clinique Gynécologique
de M. le Professeur COTTE à la
Faculté de Médecine de Lyon).

T H È S E

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 mars 1939
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Camille ROMAN

Né à LYON, le 17 Décembre 1911
Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, avenue Félix-Faure

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT. SAVY.
Cliniques chirurgicales	PATEL. BÉRARD.
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON.
Clinique ophtalmologique	BONNET.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	FAVRE.
Clinique neurologique et psychiatrique	LÉPINE (J.).
Clinique médicale infantile	MOURIQUAND.
Clinique gynécologique	COTTE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	REBATTU.
Clinique urologique	CIBERT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TAVERNIER.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT.
Clinique des maladies infectieuses	J. CHALIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	PONTHUS.
Chimie biologique et médicale	FLORENCE.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MANCEAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	HERMANN.
Pathologie interne	CORDIER.
Pathologie générale et thérapeutique	CADE.
Anatomie pathologique	J.-F. MARTIN.
Chirurgie opératoire	SANTY.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	ARLOING (F.).
Médecine légale	Étienne MARTIN.
Hygiène	ROCHAIX.
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THÉVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBRON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COTTE, *président* ;
SANTY, POLLOSSON, BERTRAND, *assesseurs*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

qui savent seuls ce que je leur dois.

A MA SŒUR.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

dont nous aimons l'esprit de recherche et la loyauté scientifique. Il est pour nous le vivant exemple de ce que peut un effort soutenu au service d'un jugement sûr. Il fut et restera pour nous le Maître à qui nous lie une grande reconnaissance. Nous désirons qu'il voie dans ce travail, qu'il a inspiré, l'expression de notre admiration et de notre attachement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

dont la raison clinique, la maîtrise opératoire et la grande expérience furent pour nous, pendant un semestre, l'objet d'enseignements quotidiens.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

qui prit soin de guider lui-même nos premiers gestes chirurgicaux. Nous lui gardons une vive reconnaissance pour la sollicitude sympathique qu'il nous témoigna.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERTRAND

à qui nous lie une affection respectueuse et une gratitude qu'il nous sera difficile de reconnaître. Nous lui devons une grande partie de ce que nous savons. Il voulut bien nous accepter dans sa conférence de chirurgie où il nous fit profiter de sa grande expérience et de son enseignement lumineux. Nous n'oublierons jamais les marques d'amitié qu'il nous prodigua et qui resteront parmi les souvenirs les plus précieux de notre vie d'interne.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE.
MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE.
MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ.
MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL.

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT.
MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON.
MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR TAVERNIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY.

A NOS MAÎTRES DE CONFÉRENCE
DE CHIRURGICAL :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERTRAND.
MONSIEUR LE DOCTEUR PEYCELON.

INTRODUCTION

Nous désirons que le lecteur ne se méprenne pas sur le titre de ce travail. Nous n'avons pas pour but, en étudiant les échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes, d'en tirer des arguments contre cette chirurgie même. Bien au contraire. Et nous voulons indiquer d'emblée sa tendance en disant qu'il nous fut inspiré par M. le professeur COTTE qui, depuis de longues années déjà, s'est fait l'ardent défenseur de la conservation en gynécologie.

Pas davantage n'avons-nous l'intention de plaider encore une fois la cause de la conservation dans les annexites. A notre avis, comme à celui de la majorité des gynécologues, c'est une cause gagnée depuis longtemps, et nous ne voulons pas insister à nouveau sur des avantages qui ont fait l'objet de tant de publications. La jeunesse des malades, leur avenir physiologique et psychique, les conséquences sociales que peut avoir une règle thérapeutique systématique sont autant d'arguments sur lesquels nous ne voulons pas revenir à notre tour. Chaque chirurgien les connaît et beaucoup y conforment leur conduite. Sans compter que depuis ces dernières années le public donne les preuves d'une certaine éducation à ce point de vue

et que les malades elles-mêmes réclament souvent qu'on leur conserve au moins leur menstruation. Comme suite aux ravages qu'exerça il y a quelques années la chirurgie radicale, il est bien peu de femmes qui n'ont vu dans leur entourage une parente ou une amie affligée depuis son opération de vertiges, de bouffées de chaleur ou d'une humiliante adiposité, troubles qui ont complètement transformé leur existence quand ils n'en ont pas fait des infirmes ou prématurément des vieilles femmes. Le remède s'est ici avéré pire que le mal. Combien de fois n'avons-nous pas entendu ces malades, instruites par des exemples proches, supplier, avant l'intervention qu'elles doivent subir à leur tour, qu'on les préservât de ces troubles dont elles connaissent de plus en plus communément l'origine. Ceci n'est qu'une raison de plus en faveur du principe de conservation qui, en dehors des cas où les nécessités vitales imposent leur loi, doit guider les gynécologues.

A l'objection facile que cette chirurgie, évidemment souhaitable, n'est pas toujours possible, nous ne saurions faire de meilleure réponse qu'en citant l'exemple de notre maître qui, dans un article récent, pouvait écrire qu'à la *Clinique gynécologique de Lyon* il en arrive à faire actuellement de la conservation utéro-annexielle dans près de 95 % des cas où il intervient pour des lésions annexielles rebelles aux moyens médicaux.

Aussi bien la question est-elle jugée pour nous et nous ne reviendrons plus sur ces sentiers cent fois rebattus.

Nous ne voulons pas davantage présenter une statistique. A quoi bon ajouter la nôtre à toutes celles déjà publiées depuis les thèses de CONVERT en 1913 et de LABRY en 1926, à toutes celles qui font l'objet de travaux si nombreux tant en France qu'à l'étranger ? Dans l'état où en est la question du traitement conservateur dans les salpingo-ovarites le pourcentage des bons résultats n'apporte plus grand chose. Ici, plus peut-être que dans tout autre chapitre de la pathologie, tant d'éléments interviennent pour modifier les résultats que la statistique d'un chirurgien n'offre souvent aucun point de comparaison avec la statistique d'un autre. De cette confrontation ne peut jaillir aucun enseignement. Le milieu social, le microbe en cause, la forme anatomique, le moment de l'intervention, la technique, les opérations pratiquées, sont autant de facteurs qui échappent à toute classification et dont chacun peut constituer le péché originel d'une statistique. Prenons un exemple : certaines auteurs disent n'opérer que des malades ayant gardé le lit six mois ; comment donc comparer une intervention pratiquée dans ces circonstances, sur une salpingo-ovarite depuis longtemps refroidie, presque chronique, avec une opération faite au bout de quinze jours d'apyrexie chez une mère de famille qui tous les matins demande qu'on la débarrasse au plus vite, appelée qu'elle est par ses obligations familiales et sociales ? Comment comparer les résultats de ces deux opérations alors même que la forme anatomique, le microbe en cause et l'acte chirurgical peuvent paraître comparables ?

De plus une statistique n'est jamais intégrale car il se trouve toujours un certain nombre de malades qui ne répondent pas aux convocations. Le nombre de ces malades est parfois important et qui dit que le pourcentage des bons résultats et des échecs est le même chez ces femmes que chez celles qui se sont présentées aux nouveaux examens ? Bien au contraire nous avons tout lieu de croire que, si les résultats favorables se rendent volontiers aux invitations, les échecs s'y refusent fréquemment soit qu'ils estiment n'avoir contracté aucune dette de reconnaissance envers le gynécologue, soit plutôt qu'ils se soient dans l'intervalle confiés à un autre. C'est là une tendance humaine que d'essayer d'obtenir d'un chirurgien la guérison qu'on n'a pas pu obtenir du précédent ; on comprend d'ailleurs ces malades qui, souffrant de crises répétées et intolérables, ont accepté l'intervention pour en être débarrassées et qui en fin de compte n'ont eu aucune amélioration ou qu'un mieux-être passager : elles n'ont de cesse qu'un autre n'ait accepté de les opérer à nouveau. Nous n'en voulons pour preuve que la part importante que prennent dans nos observations les échecs d'interventions conservatrices pratiquées par d'autres chirurgiens.

Loin de nous l'idée qu'aucune de nos malades ne nous ait échappé de cette façon mais la régularité avec laquelle, d'une façon générale, elles viennent se montrer après leur opération nous laisse penser que, si certaines l'ont fait, leur nombre n'est considérable.

Ce n'est pas d'ailleurs ce qui nous intéresse ici.

Bien plus que le pourcentage de ces échecs c'est leur nature qui fera l'objet de cette étude. Dans l'évolution de toute question il vient un moment où l'étude des bons résultats demeure stérile. Dans celle qui nous préoccupe, des affections inflammatoires des annexes, cette période de justification de la méthode conservatrice semble révolue : période nécessaire pendant laquelle les auteurs sont parvenus à affirmer la supériorité de la méthode si bien qu'actuellement, malgré la résistance d'un petit nombre, la majorité des gynécologues, s'ils ne la pratiquent pas encore de façon courante, admettent néanmoins la conservation comme un idéal. Bien peu d'auteurs cependant se sont attachés à étudier d'un peu près les insuccès et trop souvent trouve-t-on dans leurs observations à la rubrique du résultat ce simple mot : échec.

Nous croyons pour notre part que c'est dans cette direction qu'il faut actuellement chercher et nous sommes persuadés que l'étude de ces échecs peut être riche en enseignements. Analyser ces échecs, discerner leur cause, examiner leurs circonstances doit conduire à la connaissance des moyens qui permettront de les éviter. C'est le but que nous nous proposons. Et nous estimons qu'il sera largement atteint si la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes a trouvé dans ce travail une raison de plus de vivre et un sens dans lequel évoluer.

PLAN

Ce travail comporte deux parties.

Dans la première partie nous présenterons les différents types d'échecs en nous efforçant pour chacun d'eux d'en établir la cause en recherchant ce qui, dans les altérations annexielles, dans l'opération pratiquée, dans la technique mise en œuvre a pu permettre, voire même provoquer, cet insuccès.

Dans la deuxième partie, après un court rappel des opérations utilisées par notre maître et des principes qui le guident, nous essayerons de mettre en valeur les particularités techniques qui permettent de les mener à bien et, par conséquent, d'éviter certains échecs.

PREMIÈRE PARTIE

LES ÉCHECS

Étude anatomique, pathogénique et clinique.

LES ÉCHECS

Étude anatomique, pathogénique et clinique.

Les observations que nous allons présenter proviennent de la pratique de M. le Professeur COTTE et sont tirées des registres du service gynécologique de la Charité et de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les plus récentes viennent de la Clinique gynécologique de l'hôpital Édouard-Herriot. Enfin quelques-unes concernent des malades de la clientèle privée de notre maître.

Nous avons quelquefois trouvé plusieurs observations d'échecs correspondant au même type mais, comme notre but n'est pas d'accumuler des observations mais d'étudier soigneusement un cas schématique, nous avons délibérément écarté de notre travail les cas les moins nets ou les moins complets pour ne garder à propos de chaque échec qu'une observation que nous avons jugée particulièrement démonstrative.

Parmi les malades, venant de chez nous ou d'ailleurs, que nous avons revues en raison de troubles suffisamment marqués pour rentrer dans le cadre des échecs, nous avons choisi de préférence celles qui ont dû être réopérées, pensant que les constatations per-

mises par la laparotomie nouvelle pouvaient fournir des données plus précises pour la connaissance de ces échecs et le résultat de l'acte chirurgical antérieurement pratiqué. Cependant la nature même de ces insuccès n'exige pas toujours une opération itérative et nous avons conservé parmi nos observations quelques malades chez lesquelles l'histoire fonctionnelle et les renseignements de l'examen clinique pouvaient permettre une appréciation suffisante de ces troubles.

Comme nous le disions plus haut, la plupart des malades traitées dans le service pour échec d'une intervention conservatrice pratiquée pour affection inflammatoire des annexes avaient été opérées la première fois par un autre chirurgien. La plupart mais non pas toutes. Ce serait en effet vouloir nier l'évidence que d'affirmer qu'une technique précise au service de principes éclairés par une longue expérience peut, dans le cas des salpingo-ovarites, éviter toujours les insuccès. Si nous croyons effectivement, à défaut de les avoir supprimés, avoir réduit les échecs à un petit nombre, c'est certainement à la rigueur des indications et à la qualité de la technique que nous le devons. Mais ici nous nous empressons de dire que, loin d'être le résultat d'une illumination soudaine ou de principes appliqués *a priori*, notre conduite est le fruit d'une évolution continue corrigée par un sévère esprit critique. Et c'est surtout l'amélioration progressive de nos résultats, la diminution correspondante du chiffre de nos insuccès qui représentent la meilleure justification de nos idées et de la voie pratique où elles nous guident. Si bien qu'il est certainement pro-

fitable, comme nous l'avons fait, de se tourner du côté des échecs et de voir si, à côté de ceux qui sont inévitables, il n'en est pas que l'on puisse éliminer.

Nous avons classé ces échecs en deux groupes :

Ceux qui proviennent d'une indication mal posée ou insuffisante : on a pratiqué une opération conservatrice pour une salpingo-ovarite mais on a méconnu la lésion principale, génitale ou extra-génitale qui était seule en cause ou qui, le plus souvent, revendiquait une part importante des troubles.

Ceux qui proviennent de l'apparition secondaire à l'opération et plus ou moins tardive de modifications pathologiques ayant leur origine précisément dans les organes conservés.

CHAPITRE PREMIER

ÉCHECS DUS A UNE FAUTE D'INDICATION

Là encore il y a lieu de distinguer deux cas :

Dans le premier il y a eu à la base une erreur de diagnostic qui a fait imputer par exemple à une vieille salpingite éteinte et devenue silencieuse ou à des altérations minimales de l'ovaire, des troubles divers dont la source se trouvait parfois assez loin.

Dans le deuxième cas l'infection annexielle était véritablement en cause mais on a laissé passer la lésion voisine associée. L'opération sur l'annexe était justifiée mais elle n'était pas suffisante et la maladie coexistante, négligée, a continué à faire parler d'elle.

ÉCHECS DUS A UNE INDICATION ERRONÉE (Erreur de diagnostic.)

Les causes d'échecs sont ici tellement fréquentes qu'on ne saurait les envisager toutes. Le lecteur saura bien trouver dans sa mémoire un exemple de ces malades qui, ayant subi une résection ovarienne, une salpingectomie ou une castration unilatérale, ont continué après l'opération à souffrir autant qu'avant toutes les fois que leur état n'a pas été aggravé : ceci parce que la lésion véritablement en cause n'a pas été diagnostiquée et n'a pas fait l'objet d'une thérapeutique appropriée.

Les infections utéro-annexielles sont tellement courantes qu'un grand nombre de femmes en ont leurs antécédents entachés et qu'on trouve chez elles une petite masse annexielle éteinte ou un ovaire légèrement sensible à la palpation. Que survienne chez cette malade une douleur abdominale quelconque, des tiraillements lombaires, de petits troubles dyspeptiques ou tout autre signe et voilà qu'au cours de l'examen on mettra en évidence la petite séquelle gynécologique d'un passé plus ou moins ancien mais qui en réalité n'a rien à voir dans la symptomatologie actuelle. C'est ainsi qu'un examen un peu rapide peut être à l'origine d'erreurs de diagnostic d'autant plus

regrettables qu'une indication chirurgicale en découlerait. On conçoit que l'échec soit ici inévitable. Et pourtant avec quelle fréquence n'a-t-on pas l'occasion d'observer de telles malades.

I

LES AFFECTIONS EXTRA-GÉNITALES

L'appendicite chronique ou subaiguë est parmi les causes d'erreur une des plus souvent rencontrées. On connaît les rapports étroits de l'appendice et de l'ovaire, on connaît les interférences de leur pathologie. Certes les cas sont nombreux où il est difficile de faire la part exacte de ce qui revient à l'un et à l'autre ; tellement qu'un interrogatoire minutieux et un examen attentif pratiqués par un spécialiste averti n'amènent pas toujours une discrimination exacte entre leurs deux manifestations cliniques. A plus forte raison comprend-on qu'un examen hâtif, fait par un chirurgien non rompu à ces interrogatoires gynécologiques, non habitué à se reconnaître au milieu de tous les petits signes parfois très discrets qui traduisent un défaut de fonctionnement de l'ovaire, puisse engendrer de telles erreurs. Nous en voulons pour preuve le fait qu'un pourcentage important des femmes qui viennent dans le service pour des salpingites chroniques ou des ovarites légères ont déjà dans la fosse iliaque droite la petite cicatrice caractéristique, signature de l'intervention antérieure d'un

chirurgien qui a méconnu l'affection véritable. On admet que l'erreur puisse être inverse et qu'une intervention sur une authentique lésion gynécologique soit suivie d'insuccès du seul fait que l'appendice seul en cause n'a pas été enlevé et que, dans une période plus ou moins lointaine, il continue à manifester sa souffrance. Nous avons vu plusieurs malades qui ont fait, dans les suites immédiates d'une opération gynécologique, une crise aiguë d'appendicite. De là est née chez nous l'habitude d'enlever systématiquement l'appendice en même temps que l'annexe malade.

Les infections subaiguës du sigmoïde peuvent, quand elles sont méconnues, déterminer de la même façon des erreurs de diagnostic. La laparotomie a montré une adhérence sigmoïdienne à une annexe suspecte ; cette dernière a été sacrifiée et l'opération se solde par un statu quo.

Parfois même, nous en avons vu quelques cas, ce sont des affections beaucoup plus éloignées qui vont continuer à évoluer après l'opération conservatrice pratiquée à tort et, par conséquent, sans succès. Citerons-nous un mal de Pott lombo-sacré, un spina bifida qu'on nous croira à peine et cependant ce sont deux cas que vit M. le Professeur COTTE avec mission; signifiée par le médecin, de leur enlever une annexe. Si de telles erreurs ne sont pas fréquentes, il est bon cependant de les avoir présentes à l'esprit lorsque, examinant une malade qui souffre d'un échec de la chirurgie conservatrice, on a à se prononcer sur la nature même de cet échec.

Nous pourrions à l'infini citer des exemples. Toutes les manifestations pathologiques de l'abdomen ont pu tromper les médecins et, ce qui est plus grave, les chirurgiens. On nous parlait récemment d'une malade atteinte de douleurs abdominales assez imprécises et qui subit de ce fait une ovariectomie et une fixation utérine. Comme il s'agissait en réalité d'une lithiasé vésiculaire on imagine quel succès couronna l'opération gynécologique.

L'appareil urinaire, voisin anatomique de l'appareil génital, subit souvent le contre-coup d'une agression sur l'annexe. Que le processus infectieux s'étende par contiguité à la vessie ou à l'uretère, que les réactions périfocales l'englobent dans un bloc inflammatoire ou cicatriciel et voilà une lésion qui, pour peu qu'elle soit négligée, va pouvoir évoluer pour son propre compte et continuer à entretenir des troubles longtemps après que l'opération aura guéri l'infection génitale.

Nous avons le souvenir précis de malades envoyées à l'hôpital pour des lésions annexielles, certes indiscutables, mais qui souffraient surtout de troubles urinaires. Il est manifeste que si l'on avait obéi aux conseils du médecin demandant une opération gynécologique qui aurait pu paraître justifiée, ces malades auraient aussitôt figuré au passif de la chirurgie conservatrice.

KRAATZ insistait récemment sur ce point dans le *Zentralblatt f. Gyn.* C'est ainsi qu'il rappelle le cas d'une femme qui, malgré l'ablation d'un pyosalpinx droit, continua à souffrir pendant dix ans ; ces dou-

leurs furent rangées dans le cadre des échecs de la conservation et ce n'est qu'après des déboires prolongés qu'on les rattacha enfin à leur cause : une tuberculose rénale unilatérale qui fut opérée et dont l'ablation amena une guérison complète.

De même cite-t-il le cas d'une malade chez laquelle on découvrit à l'opération une coudure urétérale au contact d'une annexite kystique. La castration unilatérale et la libération de l'uretère procurèrent la guérison. Il est probable que si la déformation urétérale avait passé inaperçue et n'avait pas été traitée la malade aurait continué à souffrir et il se serait toujours trouvé quelqu'un pour accuser la conservation. A un degré de plus, toujours sous la plume de KRAATZ, nous trouvons l'exemple d'une malade atteinte d'une salpingite et d'une hydronéphrose du même côté. L'opération guérit l'une et l'autre et l'auteur croit devoir ajouter qu'à son avis l'opération gynécologique n'aurait suffi, pratiquée seule, à amener la guérison.

M. le Professeur COTTE a vu lui-même une malade, ancienne castrée unilatérale, présenter quelques années après son opération un calcul du bassin pour lequel on pouvait sans doute invoquer une coudure ou une striction urétérale contemporaine de l'annexite. On connaît la fréquence des lithiases secondaires dans les déformations de l'uretère.

Comme lui nous croyons à l'extrême fréquence de cette association de lésions gynécologiques anciennes et urinaires. Que la thérapeutique consiste ici en une opération radicale ou une opération conservatrice

il importe de ne pas méconnaître les lésions associées souvent plus bruyantes. Mais d'ores et déjà il semble bien qu'on puisse chercher ici l'origine de certains troubles que les adversaires de la chirurgie conservatrice font entrer avec complaisance dans la rubrique de ces échecs.

Et nous ne parlons pas des déformations urétérales dues non plus à l'atteinte inflammatoire de l'annexe mais à l'opération elle-même. Nous ne saurions mieux conseiller pour les faire connaître que de lire la thèse de BORDIER (Paris 1931) qui montre comment l'uretère est menacé dans la libération d'une trompe purulente prolabée dans le douglas et adhérente au péritoine postérieur, comment le surjet péritonéal risque, en tirant sur le feuillet postérieur, d'attirer l'uretère qui lui est solidaire et de le couder. Que l'uretère soit ainsi dévié ou qu'il soit comprimé dans un bloc inflammatoire c'est là l'origine de troubles douloureux pelviens ou lombaires dont on ne manquera pas d'accuser l'ovaire laissé en place ou l'utérus présumé métritique et conservé quand même.

En fait ces accidents urinaires s'observent après n'importe quelle opération pelvienne et nous pensons que, si l'on veut trouver des arguments contre la chirurgie conservatrice, ce n'est pas dans ces cas d'« uretère gynécologique » qu'il faut les chercher.

Mais ces échecs ne peuvent avoir comme enseignement que d'inciter à la pratique d'examens attentifs. Autre bénéfice est à tirer de l'étude des affections génitales qui bien souvent sont cause d'erreur parce qu'inaperçues.

II

LES AFFECTIONS GÉNITALES NON ANNEXIELLES

On a vu des malades à qui on a fait une castration unilatérale pour des lésions éteintes mais on a laissé dans l'ombre l'insuffisance du périnée à l'origine des tiraillements lombaires qui naturellement persistent après l'opération. Ce cas est peut-être plus commun qu'on ne le pense.

L'interprétation des signes qui amènent la malade risque, quand elle n'est pas étayée par une connaissance approfondie des troubles fonctionnels de l'appareil génital féminin, de diriger le chirurgien sur un faux diagnostic et, par contre-coup, sur une indication erronée.

L'endométriose est un diagnostic rarement fait ; ses lésions sont discrètes et il est arrivé à plus d'un de la méconnaître. On a enlevé au cours de l'opération un ovaire qui paraissait atteint et on s'est imprudemment avancé à promettre à la malade la guérison. En fait les troubles réapparaissent de plus belle et l'opération itérative découvre les petites taches bleues caractéristiques qui avaient échappé la première fois. Nous n'avons pas d'observations personnelles d'échecs par endométriose, du moins chez des malades opérées pour affection inflammatoire des annexes, mais nous pouvons citer celle de KRAATZ. Il s'agissait d'une malade qui, dix ans auparavant, avait subi une opération gynécologique conservatrice et qui se remit à souffrir aussitôt. On fit toute sorte de diagnostics

jusqu'au moment où STOEKEL, s'appuyant sur les caractères des douleurs menstruelles, pensa à une endométriose et réintervint : il trouva une endométriose vésicale pour laquelle il fit une cystectomie partielle. La malade guérit. Dans un domaine un peu différent de l'infection annexielle, les deux observations de COTTE et MATHIEU (*Soc. Nat. Chir.*, 14 déc. 1938) sont dignes d'intérêt.

Nous n'insisterions pas davantage sur ce sujet si SAMPSON n'accusait pas la salpingectomie d'ensemencer le péritoine de débris de muqueuse qui s'y grefferaient et provoqueraient ainsi des douleurs. A vrai dire, s'il prétend avoir trouvé 30 fois de l'endométriose chez 36 salpingectomisées, il reconnaît cependant que la plupart du temps il n'en résultait aucun trouble. Certes il est admis que le péritoine pelvien, l'ovaire, la paroi abdominale peuvent être ensemencés de cette façon mais la proportion qu'en donne SAMPSON nous paraît certainement exagérée. Du moins nous n'avons jamais vu qu'elle correspondit à la réalité. Peut-être l'endométriose microscopique du moignon tubaire est telle, comme il le dit, plus banale qu'on ne le croit mais seule nous intéresse celle qui peut être la cause d'échecs proprement dits. Et si nous croyons bonnes toutes les précautions qu'il conseille pour l'éviter (manipulation douce de l'utérus technique plus attentive dans l'ablation des trompes) nous pensons néanmoins que, dans l'immense majorité des cas, une endométriose constatée à la seconde opération aurait pu être découverte au cours de la première.

Une autre malade revient-elle pour des métrorragies, des douleurs utérines, des pertes blanches, que l'examen montrera un petit myome ou un polype intracavitaire qu'on n'avait pas vu et qui pourtant était seul en cause. N'est-ce pas là l'origine fréquente de troubles post-opératoires qu'il est si commode de rattacher à une persistance de la métrite ? Au lieu d'accuser une opération incomplète n'y a-t-il pas lieu d'incriminer l'inexactitude du diagnostic ?

En somme toutes ces causes d'échecs, parmi lesquelles on pourrait certainement en mettre d'autres, sont très nombreuses et affectent des domaines très différents. Leur seule unité réside dans la nécessité qu'elles impliquent d'examiner attentivement une malade avant de poser une indication et, le ventre ouvert, de faire un bilan précis des lésions afin de ne laisser passer aucune autre affection génitale ou non qui, peut-être, est plus à incriminer qu'une salpingo-ovarite éteinte ou incertaine mais en tout cas étrangère à la scène clinique.

ÉCHECS DUS A UNE INDICATION INSUFFISANTE

Faire le diagnostic d'affections inflammatoires des annexes et intervenir pour pratiquer l'opération appropriée n'est pas toujours suffisant. Si on borne là son action on risque d'avoir quelquefois des insuccès. En effet, qu'à la salpingo-ovarite soit associée une autre manifestation clinique, ou bien que l'annexite ait déterminé dans d'autres domaines des perturbations importantes, il est nécessaire souvent de ne pas limiter sa thérapeutique aux lésions strictement annexielles. Si on néglige ce point capital il y a beaucoup de chances pour que l'opération n'amène pas la guérison.

Nous allons donc étudier quelques échecs dus à l'insuffisance de l'acte chirurgical primitivement pratiqué. Cette classification peut sans doute paraître artificielle car il est bien évident que chacune des altérations que nous avons envisagées, ici associée à des lésions annexielles, peut en d'autres circonstances exister seule et, objet d'une erreur de diagnostic, rentrer dans le chapitre précédent. Mais il nous faut bien nous conformer à nos observations.

I

MÉTRITE CERVICALE PERSISTANTE

La métrite du col accompagne très fréquemment les affections inflammatoires des annexes. Il est rare qu'elle disparaisse avec l'exérèse des lésions tubaires ou ovariennes. Sa persistance peut entraîner des troubles graves. En voici un exemple :

OBSERVATION

M^{me} E., 33 ans, bonne santé habituelle. Réglée régulièrement à partir de 13 ans. Mariée il y a 13 ans, deux enfants : l'un douze ans et l'autre cinq ans. Entre les deux grossesses elle a fait une fausse-couche spontanée de deux mois environ.

Dans les dernières années, la malade a commencé à souffrir dans le bas-ventre et dans les reins ; les règles sont devenues plus abondantes et douloureuses. Depuis la même époque pertes blanches abondantes et continuelles ; les rapports sexuels sont douloureux. La malade est soulagée par le repos au lit.

Au mois de juin 1938, elle a été opérée dans son pays où on lui a enlevé l'appendice sain et l'ovaire gauche sclérokystique.

La malade est soulagée deux mois ; puis les troubles réapparaissent plus accusés qu'auparavant, s'accompagnant maintenant d'un état assez pénible avec angoisse, insomnie, inaptitude au travail.

Le chirurgien consulté a proposé de faire une nouvelle laparotomie, mais avant de se résoudre à cette réintervention, la malade vient consulter M. le Professeur CORTE.

A l'examen, il s'agit d'une ptosique soulagée par le port d'une sangle abdominale. L'examen gynécologique montre

un périnée lâche avec vagin béant où la main pénètre sans difficulté. Le col est gros, abaissé dans le vagin. L'utérus est très douloureux et le paramètre infiltré ; la moindre mobilisation de l'utérus est excessivement douloureuse : paramérite non douteuse. Au speculum, on constate l'existence d'une large érosion au niveau de laquelle on fait de l'électrocoagulation.

La malade revue 1 mois après est déjà considérablement soulagée. On fait une nouvelle électrocoagulation qui suffira certainement à faire disparaître tous les troubles.

Voilà donc une malade que la chirurgie conservatrice, mise en œuvre pour ovarite, n'a pas soulagée et qui, par conséquent, entre dans la catégorie des échecs. Ici, de toute évidence, l'insuccès tient d'une part au phénomène mécanique représenté par un prolapsus du deuxième degré et, d'autre part, à la paramérite, secondaire elle-même à la métrite cervicale méconnue et non traitée. La métrite cervicale seule nous intéressera ici. Essayons de voir la place qu'occupe l'inflammation utérine dans les salpingo-ovarites.

Cette question est justifiée par la fréquence, contestée d'ailleurs, de l'infection utérine dans les affections inflammatoires des annexes. Que l'utérus soit l'échelon intermédiaire entre l'infection vaginale et celle des annexes, que l'utérus soit l'émonctoire des sécrétions tubaires au cours d'une annexite d'origine sanguine, qu'une fois enfin l'annexite constituée par l'un ou l'autre de ces processus, la cavité soit le siège d'une surinfection continuelle par le passage du pus annexiel, voilà ce que nul ne songera à discuter. Mais nous pensons que parmi les différents degrés de l'in-

flammation utérine, la métrite du col possède une place bien à part. Nous le répétons, nous n'avons pas l'intention de nier toujours l'existence possible d'une métrite plus ou moins accentuée dans les affections inflammatoires des annexes. Mais ce n'est pas là que réside le problème.

En 1929, BEUTTNER fit paraître un article où il relatait les résultats des recherches effectuées par lui sur 100 fonds utérins prélevés à l'intervention au cours de salpingo-ovarites. La muqueuse fundique n'était normale que trois fois. L'auteur voyait là la justification de l'opération créée par lui en 1908 et qui, baptisée définitivement par LECÈNE en 1922, porte depuis le nom d'hystérectomie fundique sous lequel elle est connue. Une abondante littérature a consacré l'authenticité de ces lésions fundiques et LEMPERT n'hésite pas, en invoquant la dégénérescence fibreuse de la musculuse, à déclarer que ces lésions ne peuvent pas guérir, car définitives. On ne conteste pas l'existence de lésions décrites par des voix si autorisées. Nous-même les avons observées quelquefois. Mais à notre avis, à moins d'être véritablement très anciennes, ces modifications restent longtemps réversibles et sont parfaitement capables de guérir une fois supprimée l'annexite qui les entretient. Elles ne légitiment jamais l'excision du fond utérin pas plus que l'ablation d'un rein tuberculeux ne légitime un traitement agressif sur la vessie.

Au juste, toute chose égale du côté de cette comparaison, le cas de la métrite demande un peu plus de précisions.

Tout d'abord il n'est pas certain que l'infection muqueuse de l'utérus accompagne si régulièrement l'infection des annexes. Ne pense-t-on pas actuellement que dans bien des cas la cavité utérine n'est pas l'intermédiaire obligatoire entre l'infection vaginale et celle de la trompe ? En d'autres termes, la contamination tubaire serait beaucoup plus souvent le fait d'une septicémie que d'une extension de proche en proche. Certains même contestent l'existence de règle de la métrite dans les salpingo-ovarites. S'agit-il de métrite ? S'agit-il d'hyperplasie ? La question n'est pas résolue. Au microscope, on trouve fréquemment de l'hyperplasie des tubes glandulaires, de l'œdème du chorion, mais on ne trouve aucune infiltration plasmocytaire qui permette d'affirmer l'infection. Il est possible que cet état anormal de la muqueuse utérine traduise plutôt un vice de fonction de l'ovaire et que l'altération utérine corresponde plutôt à la métropathie de SCHRÖDER. Du reste COTTE et MARTIN ont constaté histologiquement que même dans les pyosalpinx l'état inflammatoire de l'endomètre était l'exception.

Il y aurait lieu ensuite de faire une distinction entre la métrite du fond proprement dite et la lésion inflammatoire de la portion interstitielle des trompes. Cette dernière est certainement beaucoup plus fréquente. Pour peu qu'on évide systématiquement les cornes utérines on découvre plus d'une fois un petit nodule interstitiel suppuré ou non. Il n'est pas toujours visible, mais il est toujours sensible à la palpation, et l'erreur provient sans doute de ce qu'on

néglige trop souvent de s'en préoccuper. Si la malade n'est pas soulagée il est alors fatal qu'on incrimine le fond utérin qui pourtant n'y est pour rien. Malgré le cas que cite BEUTTNER d'une malade qui ne fut pas guérie après résection cunéiforme des cornes utérines, nous pouvons dire que jamais nous n'avons vu d'échec de cet ordre.

De la métrite dans les salpingo-ovarites, il ne reste donc de fréquent, après une opération correcte, que la métrite du col. Chaque fois que nos malades opérées pour salpingo-ovarites continuaient à souffrir et à perdre, il s'agissait de métrite résiduelle non pas du fond mais du col utérin, parfois presque inapparente quand il s'agissait d'endocervicite mais toujours l'électrocoagulation amena la guérison ou du moins une très nette amélioration ; on connaît en effet le caractère tenace qu'ont en général ces cervicites entretenues par un manque d'hygiène ou, comme dans le cas de notre malade, par une situation procidante du col.

Ce qui fait l'inconvénient de ces cervicites résiduelles c'est, outre la leucorrhée qu'elles occasionnent et toutes les servitudes qui en découlent pour ces malades, c'est la paramétrite qui les accompagne avec ses ennuis autrement plus graves.

CONDAMIN, pour expliquer ces troubles fonctionnels, invoquait un processus de douglassite correspondant à une sclérose du tissu cellulaire sous-péritonéal due à l'infection du péritoine douglassien. VILLARD a montré l'inexactitude de cette interprétation.

En fait le péritoine y est étranger et ce sont les ligaments utéro-sacrés et la base du paramètre qui sont en cause : ce sont des paramétrites vraies pour lesquelles SCHULTZE, FREUND, MARTIN, BRÖSE, admettent une étiologie inflammatoire représentée ici par l'infection venue du col par voie lymphatique. Quelle que soit du reste la nature exacte de ces paramétrites, sur lesquelles bien des avis diffèrent encore, il semble bien que la cervicite soit, à côté des lésions tubaires, ovariennes, appendiculaires, rectales même (SCHICKELE), une de leurs causes les plus fréquentes. Nous avons quotidiennement l'occasion de le vérifier.

Très souvent en effet nous voyons des malades consulter pour des pertes blanches, des règles douloureuses et abondantes, ou tout autre signe et chez lesquelles l'interrogatoire met en évidence du prurit vulvaire, des douleurs sacrées, du ténésme rectal et vésical, des élancements douloureux irradiés dans le domaine du sciatique ou de l'obturateur, de la dyspareunie. L'examen révèle souvent un utérus étonnamment sensible et dont la mobilisation arrache brusquement un cri à la malade ; on sent en arrière les ligaments utéro-sacrés épaissis, tendus, infiltrés et très sensibles au toucher. La coexistence d'un col gros et métritique est la signature de cet état inflammatoire des ligaments utéro-sacrés et de cette symptomatologie plexalgique.

Ces symptômes peuvent être constatés chez les malades très diverses. Chez une ancienne opérée pour infection inflammatoire des annexes, il n'y a donc pas lieu d'incriminer le fond utérin laissé en place,

mais bien la métrite du col. Cette cervicite ne prend pas un aspect particulier du fait qu'elle est découverte chez une ancienne opérée. Elle se traduit dans ce dernier cas comme elle se traduit dans tous les autres.

Elle ne prouve qu'une chose c'est qu'opérer une femme atteinte de salpingo-ovarite n'est pas toujours suffisant et qu'il faut prendre garde à cette métrite résiduelle du col, la traiter en conséquence, avant la sortie de l'hôpital, sous peine de voir les malades continuer à souffrir et d'enregistrer un échec.

II

PLEXAGIE HYPOGASTRIQUE PERSISTANTE (névralgie pelvienne)

Lorsqu'une femme ayant subi une opération conservatrice vient consulter pour des douleurs persistantes il arrive qu'on y trouve une raison très apparente : ovaire kystique adhérent, rétroversion fixée, récédive sur l'autre annexe, métrite du col. Mais quelquefois l'examen s'avère négatif. C'est que en réalité il s'agit de douleurs névralgiques qu'on aurait souvent pu mettre en évidence au moment de l'interrogatoire préopératoire et de guérir du même coup. C'est pour avoir méconnu le caractère de ces douleurs que certaines malades doivent être réopérées.

OBSERVATION

S., Marie, 24 ans, bonne santé habituelle, mis à part son passé gynécologique ancien. Régée à 13 ans : ses règles

sont, dès le début, très douloureuses, elle est obligée de garder le lit.

En février 1935, elle fait une crise très douloureuse dans le bas-ventre et les lombes.

A l'examen : utérus en bonne position, cul-de-sac non empâté ; on sent de chaque côté les annexes qui sont très douloureuses à la palpation.

Intervention le 9 mai 1935 (Prof. COTTE). Rachi-anesthésie très bonne. Incision de Pfannenstiël. Pelvipéritonite subaiguë ; sérosité assez abondante ayant diffusé au-dessus du détroit supérieur. Quelques adhérences dans la région cœcale : appendice assez long qu'on enlève.

Des deux côtés trompes très rouges, oedémateuses avec gros nodules au niveau de la portion interstitielle. Lésions plus marquées à droite ; l'ovaire est lui-même très oedémateux.

Castration unilatérale droite.

Salpingectomie gauche.

Évidement des deux cornes utérines.

Suites simples.

Pendant les 6 mois qui ont suivi, la malade n'a plus souffert, ses règles étaient régulières. Puis les douleurs réapparaissent bientôt avec des crises très douloureuses.

Elle vient à plusieurs reprises aux consultations pour se faire électrocoaguler une métrite du col assez intense.

En janvier 1937 elle se présente à nouveau pour des métrorragies.

L'examen révèle l'ovaire gauche augmenté de volume, kystique, légèrement douloureux.

Intervention le 10 février 1937 (Prof. COTTE). Rachi-anesthésie excellente. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice.

Ablation de l'ovaire laissé en place et qui a subi la dégénérescence kystique. Il est complètement libre, aucune adhérence dans le pelvis.

Suites simples.

La malade reste complètement guérie jusqu'au mois de

septembre. A cette époque, apparition de douleurs avec état nauséux, vomissements. Elle accuse une dyspareunie extrêmement marquée. A noter que la malade a continué à avoir ses règles qui sont d'ailleurs très abondantes et très prolongées.

Au toucher, on croit sentir une petite masse kystique qu'on interprète comme un débris d'ovaire.

En raison des douleurs et des métrorragies on décide de réintervenir.

Intervention le 14 janvier 1938 (Prof. COTTE). Rachianesthésie Incision sur l'ancienne cicatrice.

Le petit bassin est absolument net ; on ne trouve même pas la masse kystique perçue à l'examen. L'utérus est petit, complètement involué, très mobile. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

Résection du nerf pré-sacré en raison de la dyspareunie et des douleurs.

Suites simples.

Cette malade semble donc avoir bien peu bénéficié de la chirurgie conservatrice. Non seulement une tentative de conservation d'un ovaire aboutit à une réintervention, mais encore elle n'en fut pas quitte pour cela, puisque des douleurs très vives accompagnées de dyspareunie l'obligèrent à une troisième opération.

Il nous faut reconnaître ici que le symptôme douleur est celui qui, la plupart du temps, ramène les malades aux consultations quand l'opération n'a pas procuré la guérison sur laquelle on avait droit de compter. Il ne semble pas que la chirurgie conservatrice ait, dans les névralgies génitales, plus de responsabilités que la chirurgie radicale. Les lésions inflam-

matoires dans les salpingo-ovarites dépassent singulièrement le domaine étroit de l'annexe, voire même du tractus génital entier. L'infection, l'infiltration œdémateuse s'étendent largement au-delà des organes génitaux internes : le péritoine pelvien, le paramètre, le pédicule lombo-ovarien ne sont pas épargnés : on imagine combien il est inévitable que les riches plexus nerveux qu'ils contiennent en subissent le contre-coup. De pareille façon ressort-il qu'une exérèse même large, même radicale, sera impuissante à y porter remède. Et pourtant il importe, sous peine d'une défaite avouée, d'en délivrer les malades. Mais il faut d'abord qu'il n'y ait pas de confusion :

Dans ces syndromes douloureux gynécologiques, il faut bien prendre garde à ne pas confondre deux choses : la plexalgie utéro-ovarienne où les douleurs sont exclusivement lombaires, ou lombo-iliaques avec propagation dans le domaine de l'obturateur et la plexalgie hypogastrique avec ses signes bien caractéristiques : dysménorrhée, dyspareunie, vaginisme, causalgie du vagin, cystalgie, etc... Les bases anatomiques sur lesquelles reposent ces syndromes sont absolument différents et la section du nerf pré-sacré, qui est trop souvent pratiquée de façon inconsidérée, ne saurait guérir l'une et l'autre.

Que ces syndromes douloureux soient assez souvent associés aux lésions inflammatoires des annexes, voilà qui n'est pas pour surprendre.

Il y a tout d'abord un certain nombre de femmes qui présentent de fondation, osons-nous dire, une dysménorrhée rebelle témoin d'une plexalgie hypo-

gastrique. Qu'une salpingo-ovarite se déclare chez ces malades et le caractère névralgique de leurs souffrances risque d'être noyé sous les douleurs autrement impressionnantes propres à l'annexite aiguë. L'opération, il est évident, ne guérira que la lésion annexielle et les douleurs persisteront. On dira : échec.

Il en est d'autres, nombreuses, chez qui le syndrome plexalgique est provoqué par l'atteinte inflammatoire qu'elles présentent : il s'agit d'une véritable névrite en relation avec la paramétrite plus ou moins intense et l'inflammation des ligaments utéro-sacrés. Quoiqu'ici la plexalgie ne soit pas antérieure à la salpingo-ovarite, ce n'est pas une raison pour la méconnaître et ne pas la traiter. Il est peu probable qu'elle guérira toute seule.

KRAUL, de Vienne, a reconnu dans un article récent tout l'avantage qu'il y a à traiter, par la section du nerf pré-sacré, ces syndromes douloureux contemporains d'une annexite chronique. Il présente quelques observations de malades non soulagées par l'opération conservatrice et qui furent secondairement guéries par la section nerveuse exécutée dans un deuxième temps. Il recommande d'ailleurs d'y adjoindre la section des nerfs de l'ovaire dans le ligament infundibulo-pelvien.

BITTMANN publie des observations analogues dont trois, entre autres, concernent des échecs d'hystérectomie fundique. Les douleurs persistantes ne disparurent qu'après la résection du nerf pré-sacré.

DOUGAL, s'il insiste sur les douleurs d'origine ova-

rienne, n'en admet pas moins le rôle important que joue dans ces cas la plexalgie hypogastrique.

Il est probable que l'expérience future nous apportera d'autres confirmations de cette façon de voir.

Ainsi l'authenticité de l'atteinte névritique n'est guère discutable puisque le traitement approprié en fait disparaître les symptômes. On comprend l'intérêt qu'il y a à la mettre en évidence. Certes, ce n'est pas toujours facile chez une malade dont le passé gynécologique est riche en douleurs de toute nature. La susceptibilité individuelle intervient aussi pour en compliquer le tableau. Comme l'écrivait le Professeur FORGUE : « La douleur peut même présenter des localisations et des formes à ce point imprévues que, loin de guider le diagnostic, elle égare le praticien sur le siège et la réalité des lésions. » Il n'en est pas moins vrai que, parmi les douleurs plus ou moins nettes qui affligent ces malades, le syndrome de plexalgie hypogastrique est peut-être le plus caractéristique pourvu qu'on accorde à chacune de ses manifestations la valeur qu'elle mérite.

III

TUBERCULOSE MÉCONNUE

Il n'est pas dans notre intention d'envisager les échecs de la chirurgie conservatrice dans les annexites tuberculeuses mais seulement de montrer comment le bacille de Koch, méconnu, peut être à l'origine d'insuccès alors que l'annexite, si elle eût été banale,

aurait probablement guéri avec la même intervention, autant qu'on puisse le dire naturellement.

Tout le monde reconnaît que le terrain offert par la tuberculose à la thérapeutique chirurgicale est moins favorable que celui d'un agent infectieux banal. OLIVIER, dans sa thèse, dit qu'il faut faire quand on le peut des opérations conservatrices sur la bacillose, mais il n'est pas douteux, écrit-il, que les chances d'échec sont augmentées du fait de cette nature même.

Ainsi s'explique que certains échecs peuvent sans doute être rapportés à la nature de la salpingo-ovarite quand elle n'a pas été reconnue : on s'attendait à un succès et très vite survient une récurrence sur l'autre annexe ou sur l'ovaire conservé. Heureusement, la laparotomie itérative, rendue quelquefois nécessaire, peut, en montrant cette fois des lésions caractéristiques, rectifier le diagnostic et fournir une explication à cet insuccès que rien ne laissait prévoir. Notre observation correspond assez bien à cet enchaînement des faits.

OBSERVATION

M^{me} N., 26 ans ; antécédents pulmonaires assez nets : tousses depuis longtemps. Cependant bon état général.

Réglée à 13 ans régulièrement et sans douleurs. Mariée à 17 ans, pas d'enfant ni de fausses-couches.

Opérée en octobre 1934 par un chirurgien lyonnais qui lui fait une castration gauche. A ce moment, le côté droit était, paraît-il, en bon état. Elle a tiré grand bénéfice de son opération et, pendant trois ans, elle n'a plus souffert, son état général était excellent.

Elle entre dans le service en février 1938, pour une crise

douloureuse apparue depuis 15 jours : douleurs dans la fosse iliaque droite avec température. Cette crise a cessé très vite, mais une autre est survenue, il y a deux jours.

A son entrée : température à 39°, pouls à 100, langue saburrale, état nauséux. Le ventre est douloureux dans la fosse iliaque droite.

A l'examen : utérus petit, en bonne position. A droite, on sent une masse annexielle volumineuse qui est encore phlegmoneuse.

Après deux semaines de repos au lit et à la glace, on décide d'intervenir.

Intervention le 22 février 1938 (Prof. COTTE). Rachi-anesthésie. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice.

Libération de trois anses grêles adhérentes à l'utérus et aux annexes ; elles ont une surface grenue évoquant l'idée d'une bacillose.

A droite : trompe très épaissie correspondant à ce qu'on sentait à la palpation. Elle surplombe l'ovaire qui est gros.

Salpingectomie droite avec évidemment de la corne.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire.

Examen de la pièce : la trompe est très épaissie, le pavillon est encore ouvert. Les lésions semblent siéger beaucoup plus dans la paroi musculuse qu'au niveau de la muqueuse qui se montre un peu ecchymotique.

Compte rendu histologique : lésion d'inflammation exsudative aiguë au sein de laquelle on trouve en plusieurs points des formations nodulaires ou diffuses avec cellules épithélioïdes mais sans cellules géantes ni caséification.

Suites légèrement retardées par un hématome.

La malade est revue à la consultation en septembre 1938 : l'utérus est en bonne position, l'ovaire gauche est un peu volumineux, mais non douloureux à la palpation.

En effet, il est parfois difficile de reconnaître la nature tuberculeuse d'une salpingo-ovarite et nous croyons que cette erreur est commise plus souvent

qu'on ne le pense. Nous n'envisageons naturellement pas le cas où les antécédents, la constatation de granulation, l'existence d'une ascite légère sont suffisants à indiquer de quoi il s'agit.

Mais on sait que cliniquement interviennent souvent des causes d'erreur : caractère aigu de la première crise, début aussitôt après le mariage, état général floride, toutes les fois que, selon l'aphorisme classique, le gonocoque n'a pas fait le lit de la tuberculose.

Anatomiquement même, il peut être délicat, le ventre ouvert, de suspecter quelque chose. On connaît les aspects trompeurs que peuvent revêtir certaines formes où n'existent pas le moindre indice, pas la moindre raison de se méfier, voire même de faire pratiquer un examen histologique. On sait de quelle façon certaines formes hypertrophiques peuvent ressembler aux lésions parenchymateuses chroniques non tuberculeuses, quelle similitude peut se rencontrer entre un petit pyosalpinx gonococcique et un autre bacillaire. Les lésions éteintes enfin ont vu souvent tout caractère de spécificité disparaître et diriger ainsi le chirurgien sur une erreur d'interprétation.

Dans l'ovarite scléro-kystique il peut en être de même. PONCET lui admettait parfois une étiologie tuberculeuse que rien n'incite à soupçonner.

A plus forte raison, la bonne foi du gynécologue peut-elle être surprise quand il s'agit de formes associées de tuberculose avec le gonocoque ou le streptocoque. Comme nous le disions plus haut, cette éventualité est loin d'être rare.

Qu'un échec survienne dans ces conditions, voilà

ce qui, rétrospectivement, ne surprendra pas : on a enlevé une annexe et l'autre sera le siège d'une récurrence ; on n'aura conservé qu'un ovaire et il subira une dégénérescence kystique. Parfois, ces douleurs ne seront dues qu'à un foyer de péritonite adhésive qui se constituera malgré toutes les précautions prises. Des troubles intestinaux pourront s'y ajouter.

Enfin on a cité, quand l'examen histologique a été fait, des cas de récurrence tuberculeuse sur une annexite banale.

Certes il serait trop facile d'incriminer toujours la tuberculose quand il se produit une récurrence. Cependant il est intéressant de connaître cette possibilité, ne serait-ce que pour inciter à une plus grande méfiance.

Quand on suspecte, au vu des lésions, une origine tuberculeuse, on doit évidemment y conformer sa conduite et, tout en obéissant au principe conservateur, faire une exérèse néanmoins plus étendue. En tout cas on est amené à faire des réserves sur l'évolution ultérieure, à porter un pronostic moins favorable et surtout à recommander un long traitement général post-opératoire. Lorsque la véritable étiologie n'est reconnue qu'après un échec, il convient d'en tenir compte pour juger la méthode. Et sans vouloir donner à la tuberculose méconnue une part trop grande, nous croyons que, de ce fait, le passif de la conservation peut être déchargé d'un certain nombre de ses succès.

CHAPITRE DEUXIÈME

ÉCHECS DUS A LA CONSERVATION

Quand on a fait un diagnostic correct et complet, quand l'opération a permis une ablation exactement proportionnée des parties malades en ne laissant que celles susceptibles de guérir, il s'en faut que le succès soit assuré. En effet, les organes conservés peuvent, plus ou moins tardivement, être le siège d'altérations ou de lésions qui vont ruiner les bons effets immédiats de l'acte chirurgical. En d'autres termes, si les opérées quittent le service guéries et ne souffrant plus, il n'est pas certain que le bénéfice de l'opération se maintienne indéfiniment. Un certain nombre de ces malades reviendront tôt ou tard consulter pour des troubles graves qui méritent largement l'appellation d'échec et qui rendent souvent une nouvelle opération nécessaire.

Nous pensons que l'étude de ces insuccès peut être intéressante, car elle permettra de faire la part de ce qui revient au chirurgien et de ce qui échappe à toute prévision.

I

ADHÉRENCES

Quand une malade ne présente qu'un soulagement passager, après une opération conservatrice, on trouve souvent des facteurs d'échecs associés. Il est bien difficile quelquefois de dire quel est l'élément prédominant d'une rétroversion utérine, d'adhérences étendues ou d'une poussée nouvelle. Nous croyons pour notre part que le processus symphysaire peut, dans bien des cas, tout expliquer.

Comme dans toutes les affections inflammatoires de l'abdomen, il est banal de rencontrer des adhérences dans les salpingo-ovarites et chaque chirurgien a eu plus d'une fois l'occasion de séparer d'une annexe enflammée le grand épiploon, une anse grêle, l'appendice ou le côlon sigmoïde. On sait quelles difficultés on éprouve très souvent à le faire.

Lorsque les parties malades ont été enlevées, il reste fréquemment en place un foyer de mauvais aspect largement déperitonisé et sanglant : le dos de l'utérus, le fond du pelvis étalent une large surface cruorique qu'on ne voit guère la possibilité de recouvrir avec du péritoine sain si bien que, pour supprimer ce point d'appel à des adhérences inévitables, le chirurgien est quelquefois conduit malgré lui à faire une opération radicale.

D'autres, pour combler un douglas septique et cruenté où les anses grêles iront se précipiter, n'hésitent pas à y placer un sac de Mickulicz qui prolongera gravement les suites opératoires et risquera de déterminer ultérieurement une éventration. MOLIN recommandait le tamponnement rétro-utérin qui, à son avis, avait en outre l'avantage de fixer l'utérus en bonne position.

Certes, on comprend l'état d'esprit qui dicte ces précautions mais encore s'agit-il de savoir si elles sont véritablement efficaces : l'ablation de l'utérus ne supprime pas toute la surface dépéritonisée qui, la plupart du temps, déborde singulièrement plus haut, et le méchage postérieur, s'il évite de façon immédiate la chute dans le pelvis des anses grêles et leur incarceration cause d'occlusion, n'empêche pas que des adhérences serrées ne puissent se constituer. N'est-ce pas d'ailleurs le principe même du méchage que de provoquer une barrière d'adhérences ? C'est ce qui se produit communément.

OBSERVATION

Mme P., 32 ans. Bonne santé habituelle. Réglée à 17 ans, régulièrement, mais perdait abondamment et souffrait au moment de ses époques jusqu'à sa première grossesse ; deux enfants (13 et 9 ans).

Il y a 5 ans a été opérée par un chirurgien lyonnais pour un syndrome douloureux abdominal accompagné de température. On lui a fait une castration droite et une salpingectomie gauche.

L'opération a fait disparaître les douleurs, mais les règles devenues irrégulières ont continué à être abondantes.

Depuis deux ans sont apparues des pertes blanches continues.

Elle entre dans le service en janvier 1938 pour des douleurs très vives survenues il y a trois semaines.

A l'examen : utérus en position horizontale, légèrement augmenté de volume ; le cul-de-sac de douglas est légèrement douloureux.

Intervention le 3 février 1938 (Prof. COTTE). Rachianesthésie. Incision de Pfannenstiel sur l'ancienne cicatrice.

L'épiploon adhère à la paroi abdominale ; il adhère également au ligament rond du côté droit, au fond de l'utérus et aux annexes gauches.

Les annexes gauches forment un petit moignon kystique.

On a l'impression que l'intervention antérieure a consisté en une castration droite et salpingectomie gauche avec conservation de l'utérus et d'un ovaire. L'utérus est en position horizontale et hyperplasié. Dans le douglas, il y a de nombreuses adhérences. On ne trouve pas d'endométriose.

Hystérectomie subtotale.

Suites simples.

A côté des adhérences pelviennes, il y a lieu de placer celles qui soudent l'épiploon à la paroi et qui peuvent également entretenir des douleurs. Très souvent nous avons remarqué que les femmes, opérées auparavant par un autre chirurgien, présentaient de ces adhérences épiploïques à la paroi abdominale antérieure. Au contraire, nous avons eu très rarement l'occasion d'en observer chez les malades que notre Maître avait personnellement opérées la première fois. Peut-être cette différence tient-elle au fait que M. le Professeur COTTE n'utilise pas dans ses laparo-

tomies gynécologiques les grandes compresses et les champs pliés dont la majorité des chirurgiens se servent pour isoler le champ opératoire et barrer la route du grand ventre aux liquides peut-être septiques du petit bassin.

Les interventions gynécologiques se passent souvent dans une atmosphère de bataille. La malade, sous l'effet de l'anesthésie générale à l'éther, reste longtemps contractée, pousse à chaque instant ses anses grêles dans son pelvis et force l'opérateur à placer en travers un champ stérile roulé sur lui-même et à barrer les deux fosses iliaques à l'aide de grandes compresses. Souvent une anse intestinale persiste malgré cette manœuvre à se frayer un passage vers le foyer septique. Pour la repousser, on utilise une troisième, voire même une quatrième compresse. Devant l'insuccès de ces efforts, on enlève alors cette protection et on tente un nouveau cloisonnement qui réussit enfin. Mais que de traumatismes pour le péritoine pariétal ! Qu'on imagine un peu les effets du contact rêche de la toile raide et apprêtée sur le fragile épithélium. Quels dégâts doit déterminer sur la surface péritonéale ce champ qu'on introduit de force et à frottement dur. Que ce péritoine irrité et traumatisé appelle des adhérences, ceci n'est pas douteux pour nous. Le fait que chez nos malades les adhérences pariétales soient exceptionnelles doit sans doute être rattaché à l'habitude qu'a notre Maître d'opérer sans le secours de cette barrière de toile. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Et nous n'avons pas parlé des adhérences que crée

véritablement le chirurgien, lorsque, la malade se réveillant à la fin de l'opération, elle pousse son épiploon sous l'aiguille qui pratique le surjet péritonéal de fermeture. Ceci doit se produire plus souvent qu'on ne le croit.

Mais il faut également faire la part du terrain. Il n'est pas niable que certaines malades ont une faculté vraiment déconcertante de faire des adhérences. On a fait une opération minime, parfois même sans exérèse ni traumatisme aucun, et on a la surprise de découvrir au cours d'une réintervention un pelvis entièrement comblé par des adhérences. Mieux qu'un pouvoir mystérieux du péritoine, peut-on sans doute invoquer une inflammation discrète, peut-être tuberculeuse, analogue à ce que TRIPIER et PONCET ont décrit pour le péritoine sous-hépatique.

Qui a vu ces adhérences larges du grêle à un moignon d'annexe, ce côlon sigmoïde coudé et fixé sur le fond de l'utérus, cet épiploon épaissi, induré et tendu comme une corde, comprend les symptômes fonctionnels très marqués qu'accusent ces malades : douleurs continuelles, exagérées par les exercices physiques, par la position cambrée, par l'élévation des bras ; crises de subocclusion, survenant régulièrement après les repas, troubles dyspeptiques avec état nauséux. Acceptés par la malade, lorsqu'ils sont légers, comme la rançon inéluctable d'une guérison de sa salpingite, ils reconnaissent très souvent cette étiologie. Combien de malades sont aussi traitées de psychiques parce que l'examen gynécologique ne montre rien. Mais parfois il faut bien se rendre à

l'évidence quand ils sont plus importants et qu'ils rendent la vie d'une femme impossible. Une opération nouvelle est alors proposée comme le seul moyen de l'en débarrasser.

Mais ici nous croyons qu'une technique appropriée aurait pu l'éviter.

II

RÉTROVERSION SECONDAIRE DE L'UTÉRUS ET PROLAPSUS DE L'OVAIRE

Il nous apparaît que la persistance des douleurs chez une malade opérée pour annexite est souvent liée à la rétroversion secondaire de l'utérus. C'est aussi la notion qui ressort de l'article d'ALDRIDGE, dans l'*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, dont 27 sur 207 échecs étaient dus à la rétroversion utérine. MOLIN et CONDAMIN la citent également comme souvent à l'origine des insuccès et VIOLET reconnaît cette étiologie comme banale. En fait, la plupart des auteurs qui ont étudié des échecs de leurs opérations conservatrices, la mettent parmi les causes les plus communes. Notre Maître lui-même nous a dit en avoir eu un certain nombre au début de sa pratique gynécologique.

Mais d'où vient cette grande fréquence ?

Il est tout d'abord des salpingo-ovarites qui se présentent d'emblée avec un utérus en rétroversion. Quand survient chez ces malades une indication à opérer — et ces indications sont peut-être ici plus

fréquentes qu'ailleurs, étant donné les symptômes douloureux qu'ont ces formes, leur difficulté de guérison spontanée par défaut de drainage d'une trompe coudée à son origine — quand donc survient une indication à intervenir, le chirurgien est très embarrassé par cet utérus qui marque une fâcheuse tendance à retomber en arrière. La trompe malade a été enlevée, l'utérus a été décollé non sans peine du douglas et il apparaît gros, congestionné, mou, dépéritonisé par endroits, saignant en d'autres ; il est manifestement infecté en surface. De plus, il est complètement ballant et, abandonné, il basculera inévitablement. Le ligament rond est très allongé, réduit à un cordonnet souvent imperceptible. On comprend alors que le chirurgien hésite à l'utiliser pour en faire une fixation à la Doleris : on a vu en effet plus d'une fois la paroi infectée par le ligament rond qu'on y avait inclus et chacun sait l'inconvénient qu'il y a à ensemercer les plans profonds d'une incision de Pfannenstiel. En bref, le chirurgien est amené à utiliser des procédés de fixation ou trop complexes ou inefficaces et la malade qui était sortie de l'hôpital avec un utérus en position intermédiaire revient six mois après avec un utérus en rétroversion.

Dans un autre cas, on a opéré un double pyosalpinx et la laparotomie a montré deux trompes pleines de pus et prolabées dans le douglas. L'utérus n'est pas en rétroversion et le chirurgien qui a fait une double salpingectomie n'a pas pris garde qu'il tenait précisément en place parce que soutenu en arrière par le bloc des annexes enflammées. Il n'a pas remarqué

non plus que les deux trompes avaient dans un premier temps, et pour pouvoir tomber en arrière, tiré sur les cornes utérines et de la sorte allongé les ligaments ronds amollis par leur état inflammatoire. Il n'a pas davantage tenu compte de ce que les ligaments utéro-sacrés ont été relâchés par l'infection et ont cessé de maintenir le col en haut et en arrière comme ils le font à l'état normal. Si bien qu'une fois les pyosalpinx réséqués, l'utérus en apparence stable présentait déjà une amorce de rétroversion. La fixation complémentaire n'a pas été jugée nécessaire et, peu à peu, favorisée par le décubitus d'abord, et les multiples traumatismes de la vie quotidienne, la rétroversion va se constituer.

Enfin, la rétroversion peut apparaître plus ou moins longtemps après l'opération sous l'influence d'une grossesse par exemple. Survenant sur un utérus spontanément mal fixé et dont les moyens de suspension ont subi l'assaut d'une poussée infectieuse antérieure, le post partum ou le post abortum sera le prétexte d'une bascule en arrière de la matrice.

Quand elle se produit sur un utérus relativement indemne, tombant dans un cul-de-sac de douglas sain, la rétroversion reste mobile, ballante, réductible, et les troubles qui en résultent n'offrent rien de particulier. Parfois même elle est remarquablement tolérée.

Mais lorsqu'elle intéresse un utérus qui vient de participer à une affection inflammatoire grave, elle devient très rapidement une rétroversion fixée et adhérente. Il n'est pas nécessaire pour que se constituent des adhérences épaisses que la face postérieure

et le fond de l'utérus, dépéritonisés par le décollement opératoire, entrent en contact avec le péritoine pelvien cruenté et infecté que laisse la libération d'un pyosalpinx ou l'évacuation d'une poche de pelvi-péritonite. Une infection beaucoup plus discrète est susceptible d'entraîner les mêmes résultats ; de même une infection beaucoup plus ancienne qu'on pouvait croire éteinte. Ceci pour qu'on ne s'étonne pas de trouver après une salpingite d'apparence bénigne une rétroversion fixée qu'on aura énormément de mal à redresser. La nature de l'infection joue son rôle et les cas où elle prédomine sur le péritoine sont ceux qui font les adhérences les plus rapides et les plus fortes. Le streptocoque du post abortum est ici souvent à incriminer.

On conçoit que, dans ces rétroversions fixées, les symptômes ne soient pas exclusivement d'ordre mécanique. L'infection résiduelle s'étend très loin. Le péritoine, parce que profondément lésé, ne remplit plus le rôle de barrière défensive que lui attribue VILLARD lorsqu'il n'a pas subi d'effractions et c'est peut-être dans ce cas que la douglassite de CON-DAMIN, l'infection du tissu tissulaire sous-péritonéal, peut être en cause. Au reste, le paramètre entier est atteint. Ainsi s'expliquent les symptômes fonctionnels excessivement intenses dont se plaignent ces malades : douleurs atroces et continuelles dans les lombes, dans le pelvis, dans les cuisses, dyspareunie très intense avec douleur au fond du vagin, incapacité absolue de travail, rectite, cystalgie.

Quand l'opération a laissé un ovaire, il suit très

souvent l'utérus dans sa chute en arrière. Pour fixer l'ovaire, le chirurgien se heurte à des difficultés encore plus considérables que pour fixer l'utérus. L'opération a laborieusement disséqué, parfois même sculpté l'ovaire du bloc inflammatoire dans lequel il était englobé ; cet ovaire scléro-kystique est sorti érodé et sanglant des mains de l'opérateur et, la trompe correspondante une fois réséquée, il apparaît suspendu au bout de son pédicule utéro-ovarien, plongeant dans le pelvis où son propre poids l'entraîne. Si on ne lui procure pas opératoirement un moyen de fixité, soit en le suspendant soit en le soutenant, il va forcément retomber dans le douglas ou suivre la bascule de l'utérus quand il se constitue une rétroversion secondaire. Entre cet ovaire ou ce fragment d'ovaire à vif et le péritoine pelvien, les adhérences sont inévitables. Elles se font en tout endroit : dans le fond du pelvis, au péritoine postérieur, à la paroi pelvienne latérale le plus souvent où on le trouve collé et entouré d'une coque de péri-ovarite intense.

C'est latéralement qu'on le sent au toucher vaginal, fixe, immobile, très douloureux, plus ou moins nettement indépendant de l'utérus. Libre, il sera cause de tiraillements lombaires calmés seulement par le repos ; adhérent, il est responsable de douleurs pelviennes à paroxysme au moment des règles, de métrorragies et d'irrégularités menstruelles.

En résumé, combien de troubles sont dus au simple fait que l'utérus et l'ovaire n'ont pas été ou ont été mal fixés au cours de l'intervention. Combien de femmes doivent être réopérées qui auraient dû avoir

d'emblée un bon résultat. S'il est un échec que la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes ne doit pas connaître, il semble bien qu'en premier lieu ce doit être celui-là. En tout cas c'est une sorte d'insuccès que nous avons proscrit de la Clinique gynécologique et par la technique la plus simple. Car, en effet, il existe toute une gamme de procédés qui remplissent le double rôle d'empêcher la ptose utérine et ovarienne et d'éviter les adhérences. Ils ne demandent qu'une bonne utilisation du péritoine pelvien.

III

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DE L'OVAIRE

La dégénérescence kystique de l'ovaire peut se produire dans trois conditions différentes : elle peut tout d'abord intéresser un ovaire ou un fragment d'ovaire délibérément laissé en place par l'opération conservatrice ; dans un deuxième cas elle se manifeste sur une portion d'ovaire greffée dans l'épiploon ou ailleurs lorsque la conservation sur place a été jugée impossible ; enfin, de petits débris ovariens restés adhérents au fond du pelvis après castration bilatérale peuvent subir cette transformation kystique.

Il est certain que cet accident représente encore le gros point noir de la conservation ovarienne qui y trouve la source principale de ses échecs.

1. Dégénérescence kystique de l'ovaire laissé en place.

Cette sorte d'échec est loin d'être rare. C'est sans doute celle qui vient en tête de liste dans toutes les statistiques : sur ses 207 échecs, ALDRIDGE compte 53 dégénérescences kystiques de l'ovaire ; MEIER, à la clinique gynécologique de Leipzig, l'a observée 42 fois sur les 128 malades retrouvées qui avaient eu de la conservation ovarienne ; MOLIN et CONDAMIN la signalent comme l'insuccès le plus commun. Nous-même l'enregistrons de temps à autre.

Par ailleurs, c'est certainement ici que réside l'argument le plus important contre la chirurgie conservatrice ; c'est à la dégénérescence kystique de l'ovaire laissé qu'est dû chez un certain nombre de chirurgiens l'abandon de la conservation dans les salpingo-ovarites. A quoi bon, disent-ils, s'efforcer contre toute raison de conserver un ovaire ou un fragment d'ovaire alors que, dans l'immense majorité des cas, il subira la transformation kystique et occasionnera à la malade toute une série de déboires qui la conduiront à une opération nouvelle ? A-t-on le droit d'imposer ce risque aux femmes qui se confient à nous alors qu'il est si simple de les guérir d'un seul coup et définitivement ? La conservation de la fonction endocrine de l'ovaire peut-elle être mise en balance avec les inconvénients de toute sorte que ne manquera pas de leur réserver l'abandon dans le ventre d'un ovaire malade et dont l'état pathologique compromet précisément cette sécrétion ?

Évidemment, il faut faire la part d'une certaine

exagération et remarquer que la dégénérescence kystique de l'ovaire, si elle se voit encore souvent, ne se produit cependant pas avec une telle fréquence puisque le pourcentage global des échecs n'atteint certes pas 20 %. Néanmoins il faut reconnaître que l'argument bénéficie d'une apparence d'exactitude. Quel gynécologue n'a pas plus d'une fois regretté, devant des accidents graves, d'avoir gardé un ovaire qui se présentait comme à la limite des possibilités de la conservation ? Lequel n'a pas eu un jour à subir les reproches d'une malade à laquelle il avait promis la guérison et dont les troubles n'ont fait qu'empirer après l'opération ?

La plupart des ovaires qui dégénèrent après opération pour annexite s'altèrent parce que, en réalité, ils étaient trop malades pour être conservés.

L'ablation de la trompe correspondante, gorgée de pus, a été insuffisante pour supprimer toute l'infection; l'ovaire était profondément atteint et ses lésions ont continué à évoluer pour leur propre compte. Quand on est intervenu pour des lésions des annexes, et qu'une castration s'est imposée du côté le plus malade, le chirurgien demeure souvent très embarrassé sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'autre. Pour la trompe, la question est vite résolue : pour peu qu'elle soit bouchée ou qu'elle présente des nodules inflammatoires sur sa portion isthmique, son sacrifice est jugé nécessaire. Mais pour l'ovaire il en est autrement. La libération laborieuse d'adhérences intestinales ou épiploïques, le décollement de la paroi pelvienne latérale, l'évacuation d'une poche de pelvi-péritonite séreuse

ont permis de mobiliser un ovaire qui se montre gros, mou, œdémateux, scléro-kystique, cruenté, si bien que le chirurgien se demande s'il a ou non le droit de le conserver ; mais la femme est jeune, elle a manifesté le désir de ne pas être castrée. Évidemment la greffe pourrait trouver ici une de ses indications, mais comme l'ovaire paraît encore bien vascularisé, le chirurgien se laisse tenter par la conservation sur place avec l'espoir que tout s'arrangera. Hélas, les lésions sont trop profondes et la tentative donnera un échec.

Dans d'autres cas il n'apparaît pas à l'opération que l'ovaire soit si malade : légèrement augmenté de volume, un peu congestionné, ramolli, avec une ou deux formations kystiques, il ne donne pas les signes extérieurs d'une atteinte irréversible. Et pourtant l'examen histologique y montrerait une infiltration diffuse et généralisée, un processus de sclérose intense s'étendant loin vers le hile et des atrésies folliculaires massives. On ne saurait trop insister sur la difficulté qu'on éprouve souvent à juger de l'état d'un ovaire sur son simple aspect extérieur. Sans aucun doute faut-il une très longue habitude et une grande expérience pour estimer à coup sûr dans un ovaire malade les possibilités de la conservation. Tel ovaire jugé presque sain donnera une dégénérescence kystique alors que tel autre, conservé à contre-cœur, fournira un succès éclatant. Voilà qui, probablement, explique un certain nombre d'échecs dus au simple fait que l'ovaire conservé sur la foi de son aspect extérieur était, en réalité, profondément atteint.

Mais les raisons intimes de la dégénérescence kystique ne sont pas expliquées pour autant. Nous essaierons plus loin de les analyser. Citons d'abord un exemple.

OBSERVATION

P., Madeleine, 24 ans, hérédos-spécificité pour laquelle elle a eu un traitement (son père et sa mère sont internés).

Réglée à 13 ans, régulièrement et sans douleurs. Depuis 4 ans, elle présente des métrorragies et ses règles durent chaque fois 20 jours.

En février 1937 elle est opérée dans un service de chirurgie générale des hôpitaux de Lyon où on lui fait une castration droite et une salpingectomie gauche pour séquelle de salpingite inflammatoire. Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche qui semble peu malade.

Depuis cette opération, l'état de la malade n'a pas été modifié. Les règles durent toujours une vingtaine de jours avec des caillots. Le repos au lit les diminue considérablement, mais ne les fait pas disparaître.

Elle entre dans le service au début d'octobre 1937 en raison de ses métrorragies.

A l'examen : utérus en bonne position, mobile. L'ovaire gauche est très gros et légèrement douloureux à la palpation.

Intervention le 8 octobre 1937 (Prof. COTTE). Rachianesthésie. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. Ablation de l'appendice.

Dans le petit bassin, prolabé dans le douglas et complètement enfoui sous l'S iliaque, on trouve un ovaire énorme, du volume d'un petit œuf de poule. On en conserve un fragment gros comme un pois qu'on laisse adhérent au niveau du ligament utéro-ovarien.

A l'examen de la pièce, l'ovaire est très oedémateux et renferme de nombreux kystes folliculaires.

Suites simples.

2. Dégénérescence kystique de l'ovaire greffé.

Nous présentons une malade chez laquelle, par la force des choses, on a été amené à faire une greffe de l'ovaire. Quelle qu'ait été l'origine de son ovarite, sans doute une de ces ovarites post-puerpérales que décrivent MM. COTTE et MATHIEU, l'opération pratiquée la seconde fois a dû enlever l'ovaire conservé la première fois, prolabé et adhérent et, étant donné l'âge de la malade, on s'est résigné à le lui greffer. L'essai a donné un échec, puisque dès son entrée en fonction le greffon a subi la dégénérescence kystique.

Il est certain que l'évolution kystique se voit avec une particulière fréquence sur les ovaires isolés puis greffés. C'est ce qui fait qu'actuellement nous considérons la greffe de l'ovaire comme la dernière carte à jouer en matière de conservation, nous pourrions dire comme une solution de misère, quand on ne peut pas faire de conservation sur place. Mais nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

OBSERVATION

P., Lucienne, 26 ans. Bonne santé habituelle ; pas d'antécédents notables. Réglée à 13 ans, très irrégulièrement jusqu'à présent. Mariée il y a 5 ans : deux enfants dont le dernier a 3 ans (accouchements normaux, suite simples). Depuis le deuxième accouchement, les règles sont devenues plus abondantes, durent 8 à 9 jours ; elles ne sont pas douloureuses. Entre les règles, pertes blanches abondantes.

Il y a 8 jours : crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, sans température et qui n'a pas empêché la malade de vaquer à ses occupations.

A l'examen : utérus en bonne position, mobile. Dans le

cul-de-sac droit, presque au niveau de la région appendiculaire on sent une masse que l'on prend entre la main abdominale et la main vaginale : ovarite scléro-kystique.

Intervention le 24 mai 1933 (Prof. COTTE). Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Du côté droit du petit bassin, on trouve quelques brides de pelvi-péritonite assez discrète à point de départ au niveau des annexes. Du même côté, il y a une masse kystique ovarienne du volume d'un œuf adhérent à la face postérieure du paramètre, ayant toutes les apparences macroscopiques d'un kyste folliculaire à contenu hématique.

Ablation de l'ovaire.

Suites opératoires simples. Sort le 9 juin 1933.

La malade a été complètement guérie par l'opération et n'a pas souffert pendant trois ans.

Elle revient au mois de décembre 1936 pour des douleurs abdominales apparues depuis une dizaine de jours.

Intervention le 17 décembre 1936 (Prof. COTTE). Rachi-anesthésie. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. L'ovaire gauche forme des adhérences très serrées entre l'utérus et le rectum ; elles sont cause des douleurs dont se plaint la malade.

Castration gauche.

Grefte intra-épiploïque.

L'ovaire présente un kyste hémorragique développé sur un corps jaune.

Suites simples. Sort le 15 janvier 1937.

Cette opération n'a guère soulagé la malade qui revient se montrer pour leucorrhée. Comme elle présente un gros col œdémateux, on lui fait quelques séances d'électro-coagulation.

Les premières règles apparaissent trois mois après l'opération. Mais, à la fin d'avril 1937 elle revient pour des métrorragies abondantes et des douleurs abdominales. La palpation du ventre est douloureuse à droite, mais on ne sent pas le greffon.

Pour calmer ces métrorragies, on lui fait des injections de hormoflavéine qui restent sans effet, puis des séances de radiothérapie. Comme elle continue à perdre abondamment, on décide de l'opérer à nouveau.

Intervention le 16 septembre 1937 (Prof. COTTE). Rachi-anesthésie. Incision transversale de la peau et médiane du plan musculaire. L'épiploon adhère à la face postérieure de l'utérus. Au niveau de la greffe, on constate l'existence d'un kyste du volume d'une petite noix. Ablation du greffon.

Hystérectomie subtotale.

Péritonisation avec le péritoine vésical qu'on suture aux ligaments utéro-sacrés.

Suites simples. Sort le 16 octobre 1937.

3. Dégénérescence kystique de fragments ovariens résiduels.

Les formations résiduelles du pelvis consécutives à une hystérectomie ou à une castration bilatérale sont connues depuis l'article de DARTIGUES et JOANNIDES en 1908 qui les définissent : cysthématomes menstruels post-opératoires. Si ces deux auteurs donnent une interprétation fautive des phénomènes qui s'y passent, il faut reconnaître qu'ils les rattachent sans hésiter à leur véritable origine : les fragments ovariens laissés adhérents au fond du pelvis par une opération difficile.

Depuis, la dénomination qu'en avait donné DARTIGUES ayant été abandonnée du fait de leur connaissance plus précise, d'assez nombreux travaux ont été consacrés à cette question. Citons le travail de GILLET qui met au clair les manifestations fonctionnelles dont ces formations sont le siège, les communications de

TIXIER, COTTE, CHALIER, GOUILLOUD à la Société de Chirurgie de Lyon et les publications de FIOLE BROCC, TOURNEUX, COINGT. Enfin la thèse récente de BOROS qui représente une revue générale de la question. Du point de vue anatomique, si l'on peut invoquer dans certains cas l'existence et le développement secondaire d'un ovaire surnuméraire, il est probable que bien plus souvent il s'agit d'un fragment d'ovaire demeuré fixé au péritoine pelvien. L'ovaire surnuméraire ne peut être raisonnablement incriminé que lorsque l'opération a été facile et a enlevé des ovaires normaux ou tout au moins libres. Mais regardons ce qui se passe dans une intervention pour affection inflammatoire des annexes.

Nous ne voulons pas décrire à ce propos les lésions parfois considérables qu'on peut trouver dans un petit bassin. Chacun connaît ces annexites bilatérales graves où, sous une barrière d'adhérences de toute sorte qu'on a pu libérer péniblement, on découvre un petit bassin complètement bloqué par un magma où il est impossible de reconnaître la trompe et l'ovaire. La main introduite par arrière essaye de dissocier la symphyse très serrée qui fixe ce bloc inflammatoire à la paroi pelvienne, à la face postérieure de l'utérus, au rectum et d'amener à soi l'annexe enfin libérée. Parfois, au cours de cette manœuvre dangereuse et laborieuse, on rompt une poche de pelvi-péritonite enkystée sans qu'on puisse reconnaître dans sa paroi la trompe ou l'ovaire. Que, dans ces conditions, un fragment d'ovaire soit resté adhérent au pelvis cela n'a rien d'étonnant ; on sait quelles difficultés et

quels dangers on rencontrerait à vouloir toujours pratiquer la toilette absolue du douglas. Au reste, quand bien même on l'essayerait, qu'on n'y parviendrait pas dans la majorité des cas. Si bien que sous le Mickuliez ou sous la péritonisation on ne peut empêcher qu'il reste un débris ovarien. Il n'est pas nécessaire, pour qu'il traduise ultérieurement sa présence, qu'il soit très volumineux.

Si ces fragments restaient silencieux, il n'en serait pas question dans un travail consacré aux échecs de la chirurgie conservatrice. Mais ce qui fait leur intérêt c'est qu'à un moment donné ils vont être le siège d'une dégénérescence kystique source de très nombreux ennuis pour la malade.

Anatomiquement, on les reconnaîtra sous forme de kystes presque sans parois propres, ce qui explique les obstacles qu'on rencontre à leur ablation, et entourés d'adhérences serrées qui suppriment tout plan de clivage.

Histologiquement, on y trouve dans un stroma très inflammatoire des formations typiques : folliculaire et lutéinique, voisinant avec des édifications atypiques multiples, ce qui traduit le trouble de l'évolution folliculaire.

Nous n'avons pas eu l'occasion, chez la malade dont l'observation suit, de réintervenir et de pouvoir ainsi faire une étude histologique de ses débris résiduels. Ceci n'est pas toujours indispensable et peut fort bien être remplacé par un examen de la muqueuse utérine laquelle représente le fidèle reflet de toutes les perturbations ovariennes.

OBSERVATION

(obligeamment communiquée par le Prof. SANY.)

M^{me} P., 26 ans ; bonne santé habituelle. Deux enfants en excellente santé. Réglée à 13 ans, toujours normalement.

En janvier 1937 apparaissent des métrorragies puis, 3 mois après, des douleurs pelviennes très violentes.

Entre le 24 mai 1937.

A l'examen, on lui trouve une grosse masse annexielle du côté droit.

Intervention le 16 juin 1937. Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Salpingite bilatérale suppurée très adhérente. On pratique d'abord la libération du côté gauche, très difficile, au cours de laquelle le pyosalpinx se rompt. La libération du côté droit est beaucoup plus facile.

Castration bilatérale.

Fermeture sur mèches.

Suites simples. Petite suppuration pariétale.

En février 1938, la malade revient pour des hémorragies abondantes. Elle a conservé ses règles. Il s'agit de métrorragies durant depuis 12 jours, avec caillots. Ni douleurs, ni température.

Ses hémorragies se reproduisent avec une assez grande régularité tous les deux mois.

Entre dans le service au mois d'août 1938.

A l'examen, on sent une petite masse douloureuse du côté gauche.

Le 11 août 1938 on pratique un curetage explorateur qui ramène un fragment de muqueuse utérine que l'on fait examiner : « Le fragment est le siège d'une métrite hyperplastique. »

La malade est revenue le 29 décembre 1938. Les métrorragies ont persisté. On ne sent plus de masse anormale. Le col n'est pas métritique. On se propose d'instituer un traitement pré-hypophysaire en injections.

L'origine de la dégénérescence kystique de l'ovaire après les opérations pour annexite a fait couler beaucoup d'encre. Si l'on se reporte aux innombrables mémoires consacrés à cette, question on s'aperçoit que les facteurs incriminés sont, somme toute, peu nombreux et que, suivant les auteurs, l'un ou l'autre d'entre eux se voit accorder la place prépondérante quand ce n'est pas le rôle exclusif. Nous avons d'abord pensé à étudier séparément la pathogénie de la transformation kystique dans ses modalités différentes : ovaire laissé *in situ*, ovaire greffé, ou débris résiduels adhérents. En fait les éléments provoquants ne varient guère de l'un à l'autre dans les travaux que nous avons lus ; tout au plus sont-ils éventuellement considérés comme bénéficiant d'une importance plus ou moins grande suivant le cas envisagé. En outre il nous est apparu que leur véritable rôle pouvait être discuté de la même façon dans les différentes circonstances où un ovaire dégénère, et qu'on pouvait invoquer une certaine unité pathogénique en faisant un appel plus grand aux facteurs endocriniens qui n'ont pas eu dans les études précédentes la place qu'ils méritent à notre avis.

Essayons donc de voir si les mécanismes généralement proposés correspondent à la réalité des faits.

a) *Procédés techniques utilisés.* — Passons rapidement sur l'influence que pourraient avoir certains procédés utilisés : c'est ainsi que LETSCHULK accuse les fils de catgut employés pour suturer la tranche d'un ovaire partiellement réséqué ; il aurait vu un

processus de sclérose intense se manifester sur le trajet du catgut. De même l'étranglement d'une partie de l'ovaire par une suture trop serrée serait à l'origine de la transformation. Nous ne croyons pas à la réalité de cette pathogénie. Le phénomène est certainement beaucoup plus complexe.

b) *Les troubles circulatoires.* — Le plus grand nombre des auteurs incriminent les troubles circulatoires. La dégénérescence kystique serait pour l'ovaire une façon de manifester son ischémie. En réalité il est curieux de noter qu'on les a davantage invoqués pour l'ovaire laissé *in situ*, en totalité ou partiellement réséqué, que pour l'ovaire greffé où cependant ils devraient être à leur maximum.

2) Dans la dégénérescence de l'ovaire laissé sur place la plupart des auteurs les font intervenir. Nous ne voulons pas mettre en doute leur authenticité. Il est évident que dans une opération pour salpingo-ovarite le réseau artériel de l'ovaire est dangereusement menacé. Qu'il s'agisse d'un pyosalpinx prolabé dans le douglas et formant un bloc inflammatoire compact comprenant trompe et ovaire, qu'il s'agisse même d'une salpingite plus discrète, il est hors de doute qu'il y a de nombreux cas où la libération et l'ablation de la trompe seule se présentent dans des conditions très difficiles et que le pincement et la ligature du méso-tubaire peuvent englober l'arcade destinée à l'ovaire et, de ce fait, réduire sa vascularisation. Un certain nombre de procédés ont été proposés pour ménager au maximum la circulation ovarienne, telle la salpingectomie rétrograde sous-

séreuse de VILLARD qui s'adresse précisément à ces salpingites graves.

Ces temps derniers ont paru un certain nombre de travaux relatifs à la conservation ovarienne dans les hystérectomies et qui s'appuient sur des recherches anatomiques concernant la circulation artérielle de l'ovaire. Leurs résultats, malgré une concordance générale, ne sont cependant pas tout à fait correspondants. Citons-en quelques-uns.

Pour FREDET la tubo-ovarienne utérine et la tubo-ovarienne aortique n'irriguent que leur moitié correspondante de l'ovaire ; l'anastomose transversale sous-hilaire qui les réunit n'est pas toujours suffisante. La ligature de l'une ou de l'autre de ces branches peut donc compromettre la vitalité d'une moitié de l'ovaire.

Pour MOCQUOT et ROUVILLOIS, s'il est des cas où l'anastomose entre les territoires est suffisante, dans un nombre égal de cas la vascularisation est pratiquement distincte entre les deux moitiés interne et externe de l'ovaire. Enfin, très rarement, l'ovaire tire tout son sang artériel soit de l'une soit de l'autre de ces branches tubo-ovariennes. On voit les conséquences qui peuvent en résulter si c'est justement cette artériole qui est liée au cours de l'intervention.

Pour JOYEUX enfin l'arcade anastomotique utéro-ovarienne est anatomiquement suffisante ; il n'y a pas de territoire exclusivement irrigué par l'une ou l'autre artère, mais chacune paraît pouvoir réaliser la vascularisation de l'organe tout entier. En aucun point la trompe n'affecte de rapports immédiats avec les artères qui assurent la vascularisation de l'ovaire.

En conséquence, toutes les manœuvres compliquées destinées à ménager cette vascularisation au cours d'une salpingectomie sont superflues. Par contre, physiologiquement, l'anastomose n'est pas suffisante et pour que l'ovaire continue à être normalement vascularisé il faut que les deux pédicules soient respectés. La ligature de l'une des deux amène généralement l'atrophie de l'ovaire.

Malgré les divergences de détail concernant la distribution du sang artériel dans l'ovaire, la plupart des gynécologues font des troubles circulatoires la cause princeps de la dégénérescence kystique.

CAILLOT, dans un travail sur la conservation parcellaire de l'ovaire, recommande tout spécialement de laisser au fragment une irrigation suffisante. MOCQUOT rappelle les conditions circulatoires de la conservation ovarienne. DOUAY et Abel DOUAY insistent à nouveau sur ce point. BARON y revient dans sa thèse. Il n'est pas actuellement de communication ou de publication tant en France qu'à l'étranger où cette notion ne soit le prétexte de développements nouveaux.

Certes, nous croyons aussi qu'il est dangereux de conserver un organe en lui supprimant sa vascularisation, mais les troubles circulatoires expliquent-ils tout ?

Remarquons d'abord que la majorité des publications récentes concernent la conservation ovarienne dans l'hystérectomie. Or, mis à part le fait qu'on n'a jamais à faire cette opération dans une salpingo-ovarite où le sacrifice des annexes s'impose bien avant le sacrifice de l'utérus, il est une chose de conserver

un ovaire sain dans une hystérectomie pour fibrome, mais il en est une autre de conserver un ovaire malade dans une annexite. Nous ne pensons pas que les deux faits soient comparables et il y a certainement en jeu dans le second cas des éléments qui sont hors de cause dans le premier. Notons en passant que la présence ou l'absence de l'utérus peut expliquer bien des choses du côté de l'ovaire.

Les expériences des ligatures partielles des artères ovariennes provoquent-elles véritablement une dégénérescence scléro-kystique ? JOYEUX dit avoir obtenu une atrophie mais il y a loin de l'atrophie à la transformation kystique.

La section après ligature du pédicule lombo-ovarien, pratiquée en vue d'une neurectomie il est vrai, mais qui tout de même supprime une moitié de l'apport sanguin, n'a jamais abouti à la dégénérescence scléro-kystique. Au contraire CASTANO, DUPONT et LHERMITE, DOUGAL en font précisément un procédé de traitement de l'ovarite scléro-kystique. KRAUL qui l'utilise couramment pour interrompre l'innervation ovarienne dit formellement n'avoir jamais constaté de conséquences fâcheuses sur la trophicité de l'ovaire. ROTTER la préconise même dans les salpingites phlegmoneuses à titre de traitement exclusif.

Par ailleurs il n'est pas possible de toujours invoquer cette origine. Bien souvent la dégénérescence de l'ovaire succède à une opération où la salpingectomie s'est passée le plus simplement du monde sans qu'aucune artère principale ni aucune arcade anastomotique n'aient été lésées.

β) Dans la dégénérescence de l'ovaire greffé nous ne croyons pas qu'ils aient une action plus grande. Il nous semble au contraire que cette théorie trouve ici une réfutation péremptoire. Peut-on imaginer un ovaire plus mal irrigué qu'un fragment privé artificiellement de toutes ses connexions vasculo-nerveuses et greffé dans l'épiploon ? Et pourtant, malgré ces conditions défavorables au plus haut point, il est des greffons qui ne dégénèrent pas. Comment même a-t-on pu proposer sérieusement, pour empêcher un ovaire de devenir kystique, de l'enlever et de le greffer alors que, pour les mêmes auteurs, la dégénérescence kystique est le fait de l'ischémie ? Il y a là une contradiction flagrante qu'il est bien difficile de ne pas admettre. Certes on dit à juste titre que l'ovaire greffé est rapidement réhabité par de nouvelles formations vasculaires mais peut-on comparer ces minuscules néo-vaisseaux avec la vascularisation qui reste à un ovaire laissé *in situ*, qui lui permet de vivre et de ne pas dégénérer même quand une des sources de cette irrigation a été supprimée ?

Au reste, qu'enseigne l'évolution normale du greffon quand il a été placé dans un endroit où on peut le surveiller ? Pendant les trois premiers mois, c'est-à-dire avant que sa nouvelle vascularisation ait eu le temps de s'établir, loin de faire la dégénérescence kystique qu'il devrait subir, il est le siège d'une diminution de volume. Ce n'est que plus tard, lorsqu'il a pris et qu'il a donné pendant quelque temps les signes d'un fonctionnement plus ou moins régulier, qu'il va présenter sa transformation scléro-kystique.

De plus les coupes d'un greffon dégénéré montrent souvent une vascularisation très suffisante. Citons un examen histologique consigné dans un article de notre Maître : « Dans l'ensemble l'ovaire est très vascularisé, hémorragique ; hile parcouru par de nombreux vaisseaux du type hilaire normal. »

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce point trop particulier. Disons qu'en résumé pas plus que pour l'ovaire à qui on a gardé ses connexions vasculo-nerveuses, l'altération kystique ne paraît due principalement aux troubles circulatoires.

γ) Dans la dégénérescence des débris résiduels restés adhérents au fond du pelvis le défaut de circulation est trop habituel pour être invoqué. Ici, comme pour la greffe, la transformation kystique ne survient qu'après quelques mois, lorsque le fragment, qui a été brusquement livré à lui-même par l'ablation de l'ovaire qui lui apportait son irrigation, a pu se constituer de nouvelles connexions vasculaires. Il est vraisemblable que les fragments qui ne dégénèrent pas, (il en est certainement), sont précisément ceux qui n'ont pas pris ou qui ont mal pris, c'est-à-dire ceux chez lesquels la déficience circulatoire est à son comble.

Au surplus, quelle que soit la modalité de la dégénérescence kystique, il n'est pas possible que l'insuffisance circulatoire tienne sous sa dépendance les perturbations anatomiques de l'ovaire et les manifestations cliniques qui en sont la conséquence.

Que trouve-t-on en effet dans un ovaire dégénéré enlevé à l'opération ? On trouve, à côté d'un processus de sclérose intense, des follicules atrétiques et

des kystes folliculaires, voire même quelquefois, associé à ces derniers, un corps jaune en évolution. Certes il est bien évident que cet ovaire fonctionnait mal mais il est difficile d'admettre que ce vice de fonction est sous la dépendance de l'ischémie. Il n'est guère probable que l'évolution kystique avec son syndrome si fréquent d'hyperfolliculinémie, ses métrorragies ressortit de troubles circulatoires dans le sens d'insuffisance circulatoire. Anatomiquement dysovarie, physiologiquement dysfonction, la dégénérescence scléro-kystique représente un processus pathologique complexe qui ne correspond certainement pas à une vascularisation quantitativement insuffisante. Au surplus quel est donc l'autre organe qui traduit ses troubles circulatoires autrement que par une atrophie ? Les ligatures vasculaires, utilisées ailleurs comme moyen thérapeutique, donnent-elles cette déviation fonctionnelle dans un sens précis avec exagération dans ce sens ? A-t-on vu que la ligature des artères thyroïdiennes dans la maladie de Basedow entraîne une exagération du dysthyroïdisme ? Dans ce cas quel chirurgien aurait osé les recommander ? Dans un domaine encore plus voisin la blessure accidentelle de l'artère spermatique provoque-t-elle autre chose qu'une atrophie testiculaire ? En toute certitude il n'y a pas de raison pour que l'ovaire désobéisse à cette loi de la pathologie générale qui veut qu'un organe non irrigué cesse de vivre au lieu de voir sa fonction s'exagérer.

Nous ne croyons pas que la dégénérescence kystique de l'ovaire soit due à des troubles circulatoires.

c) *L'infection*. — Beaucoup la considèrent comme le facteur causal de la transformation kystique. C'est un élément constamment en jeu dans les salpingo-ovarites. Quel que soit le traitement chirurgical qu'on fasse subir à l'ovaire dans une opération pour affection inflammatoire des annexes, l'ovaire qu'on laisse, qu'on greffe, ou le fragment qu'on abandonne sont malades. Ce qui fait la grosse différence entre un ovaire conservé chez une opérée de salpingite et celui gardé chez une hystérectomie pour fibrome c'est que dans la première éventualité l'ovaire est infecté. Le degré de cette infection n'est pas toujours facile à évaluer ; il est souvent grave. On n'a pas manqué de le mettre en cause.

C'est qu'en réalité l'infection semble avoir effectivement un rôle à jouer. Dans l'ovarite scléro-kystique banale de nombreux auteurs accordent au facteur inflammatoire une place importante. « Dans les cas rebelles où on a été amené à intervenir, écrit notre Maître, l'examen histologique montre presque toujours la signature inflammatoire des lésions. » Que la malade ait eu ou non une trompe enlevée par une opération conservatrice, le processus infectieux de l'ovaire n'est probablement pas différent et l'on peut sans doute dans bien des cas invoquer le même mécanisme. A l'heure actuelle on propose, pour éclaircir la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique, de multiples explications et KRAUL rappelle l'importance des facteurs nerveux et de l'influence hypophysaire.

Il est manifestement des circonstances où ces éléments sont seuls en jeu : ovarite scléro-kystique des

jeunes filles, avec cette réserve cependant que le neuro-arthritisme, la tuberculose inflammatoire, l'héredo-syphilis y ont une action mal connue ; de même les ovarites kystiques coïncidant avec des tumeurs hypophysaires. Plus près de ce qui nous intéresse connaissons-nous la dégénérescence de l'ovaire après des opérations strictement aseptiques : MOURE, Abel DOUAY, COHEN-SOLAL en signalent des exemples qui ne sont pas l'exception, en concordance de vue avec tous ceux qui ont pratiqué la conservation ovarienne.

A l'opposé se trouve le grand nombre des ovaires conservés malgré une infection sévère et qui n'ont jamais subi la transformation kystique.

L'infection n'est donc pas seule en cause, mais il n'en est pas moins vrai que son rôle est certain, puisque l'altération secondaire de l'ovaire est malgré tout plus fréquemment observée après les opérations conservatrices pour affection inflammatoire des annexes.

Pour l'ovaire greffé il en est exactement de même. Il paraît bien peu probable qu'elle agisse seule si l'on veut bien remarquer que des greffons prélevés sur des ovaires non infectés ont été le siège de cette complication. Tous ceux qui pratiquent la greffe ovarienne dans les hystérectomies pour lésions non septiques de l'utérus en fournissent des exemples nombreux. Néanmoins, la fréquence vraiment très particulière avec laquelle on observe la dégénérescence kystique du greffon dans les salpingo-ovarites prêche en faveur d'une action encore mal précisée du facteur inflammatoire.

Quant à la dégénérescence de débris ovariens résiduels, BOROS attache une grande importance à leur infection. Et cependant il cite des exemples de fragments ovariens laissés par une hystérectomie pour fibrome aseptique et qui ont dégénéré. Il y a là une contradiction qui suffit à ruiner cette hypothèse.

En fait, il n'est certainement pas indifférent que l'ovaire ou le fragment ovarien conservé soit ou non infecté. Mais l'infection est en elle-même impuissante à provoquer la dégénérescence kystique. Elle n'agit sans doute pas seule. Elle agit probablement en favorisant l'entrée en lice d'un autre facteur. Son action n'est pas spécifique : elle prépare le terrain tout comme un autre élément pourrait le faire. Il est sûr en tout cas qu'elle ne représente pas l'explication polyvalente, voire même l'explication suffisante.

d) *Rupture de la synergie utéro-ovarienne.* — Enfin, on peut penser que l'utérus exerce une action trophique sur l'ovaire et qu'il peut intervenir d'une façon ou d'une autre sur sa physiologie. Cette idée d'une synergie utéro-ovarienne est défendue par un certain nombre de gynécologues. Dans le cas de l'ovaire laissé en place, il n'y a pas lieu de retenir cette explication puisque la conservation d'un ovaire dans les annexites ne se pratique pas sans la conservation de l'utérus. Mais cette explication pourrait être invoquée à propos de la dégénérescence kystique des greffons d'ovaire puisque certains chirurgiens utilisent la transplantation de fragments ovariens même quand ils ont fait une hystérectomie au cours d'une salpingite.

Nous voulons simplement indiquer, qu'à défaut de l'absence de l'utérus, son état pathologique pourrait avoir sur l'ovaire conservé une influence néfaste.

Notre Maître croit à cette influence de l'endomètre sur l'ovaire, ce qui lui a fait proscrire la greffe dans les cas, rares il est vrai, au cours des salpingo-ovarites, où on a dû pratiquer l'hystérectomie. La rupture de la synergie utéro-ovarienne sur laquelle revenait dernièrement MOCQUOT, pourrait avoir une influence pathologique sur l'ovaire. Cette idée a des partisans et des détracteurs. Dans les premiers nous pouvons retenir VILLARD, qui a inspiré la thèse de son élève, M^{lle} CELLIÈRES, sur les hormones utérines. Dans les seconds nous pouvons placer d'une façon générale tous ceux qui pratiquent la conservation ovarienne ou la greffe dans l'hystérectomie : BAUMGARTNER, ROBINEAU, VIGNES, FEREY, FREDET. COHEN-SOLAL, grâce à une abondante expérimentation personnelle, nie l'existence de la sécrétion interne de l'utérus. Nombreux cependant, tels RICHARD, DOUAY, pensent que la conservation d'une petite partie de la muqueuse utérine exerce une action salulaire sur l'ovaire en lui permettant un heureux fonctionnement. D'autres associent à la greffe de l'ovaire une transplantation intramusculaire d'une parcelle d'endomètre. (L. MAYER, DESJARDINS et M. CHEVAL.)

Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans cette controverse dont l'objet ne concerne qu'un point très particulier de notre travail. Répétons néanmoins que, sans aller jusqu'à la notion d'une véritable hormone utérine, M. le Professeur COTTE croit plus

fréquente la dégénérescence kystique de l'ovaire lorsque l'utérus a été enlevé. De la même façon que la suppression de l'ovaire entraîne des modifications cellulaires au niveau de l'hypophyse, sans qu'il soit besoin pour cela d'une sécrétion spéciale, il est fort possible que l'exérèse de l'utérus retentisse sur la trophicité de l'ovaire sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une véritable hormone de l'endomètre.

Mais là encore reconnaissons, tout en accordant à la présence de l'utérus une certaine valeur, qu'elle ne met pas toujours l'ovaire ou le débris d'ovaire à l'abri de la dégénérescence kystique.

En somme, aucune des explications proposées n'est entièrement satisfaisante. Beaucoup d'éléments peuvent avoir leur mot à dire dont aucun ne saurait correspondre à tous les cas. Lorsque plusieurs d'entre eux sont associés, ce qui est fréquent, il est encore plus difficile de dire lequel a la part prépondérante. Peut-être tous peuvent-ils agir. Peut-être a-t-on le droit de répéter pour la dégénérescence kystique de l'ovaire ce que notre Maître écrivait au sujet de l'ovarite scléro-kystique : « qu'elle n'est qu'un mode de réaction de l'ovaire aux influences pathologiques les plus diverses ». Mais nous croyons que ces influences pathologiques ne sauraient rien faire d'autre que de détruire l'ovaire ou de limiter sa fonction si elles n'entraînaient pas, par contre-coup, l'entrée en jeu de l'hypophyse.

Nous voudrions à ce propos nous étendre plus longuement sur une remarque que nous avons faite concernant la dégénérescence kystique de fragments

résiduels et qui, peut-être, projette une certaine lumière sur la pathogénie intime de la transformation scléro-kystique de l'ovaire en général.

Toutes les observations publiées sur la dégénérescence secondaire de débris ovariens restés adhérents après une opération concernent les malades ayant eu, soit une hystérectomie, soit une castration bilatérale, et d'une façon générale des malades chez qui le débris restant représente tout le tissu ovarien qu'elles possèdent. Jamais la dégénérescence kystique n'est survenue chez les malades n'ayant eu qu'une castration unilatérale. Et pourtant il est des salpingites graves unilatérales dont l'ablation est difficile ; il en est certainement dont l'intervention laisse quelques débris ovariens adhérents dans le fond du pelvis. Ces débris sont mal vascularisés, ils sont infectés et ils ne dégénèrent cependant pas pour autant. Tout se passe comme si la présence de l'autre ovaire sain ou peu malade préservait le fragment résiduel contre la dégénérescence kystique.

Peut-être peut-on rapprocher de ces données les résultats des expériences de LIPSCHUTZ qu'il publia récemment. Ayant enlevé expérimentalement un ovaire d'un côté, l'auteur pratiqua une résection subtotala de l'ovaire opposé et il observa au bout de quelque temps une dégénérescence kystique de ce fragment. La même résection subtotala, alors que l'autre ovaire est laissé en place ne donne pas la dégénérescence kystique. Et LIPSCHUTZ conclut : « L'ovaire intact protège le fragment contre les conséquences dictées par la loi de la constance folliculaire. » C'est

que, en réalité, toutes ces modifications ont lieu sous l'influence de l'ant-hypophyse qui veille au respect de cette loi. « La pré-hypophyse versera dans le sang de grandes quantités d'hormones gonadotropes et cela permettra au fragment ovarien d'entrer en fonction endocrinienne augmentée ou irrégulière. « En fait, il s'agit d'un mécanisme beaucoup plus complexe qu'une simple hyperfonction hypophysaire. Il s'agit plutôt « d'un déséquilibre ovarien-préhypophysaire sans qu'il soit possible de préciser ce déséquilibre plus en détail. »

En faisant des réserves sur l'identité des deux cas dont l'un se rapporte à des débris ovariens en mauvais état et l'autre à une expérimentation pratiquée sur des ovaires sains, on ne peut manquer d'être frappé par une similitude certaine des faits. A notre avis, s'il est un élément qui préside à la destinée des fragments d'ovaire, c'est dans la physiologie hypophysaire qu'il faut le chercher.

On le voit, il y a là un problème qui dépasse singulièrement celui proposé de l'influence circulatoire et infectieuse. Que ces deux facteurs puissent jouer, cela n'est pas douteux, mais ils le font probablement d'une façon plus indirecte qu'on ne le croit : peut-être en détournant de sa direction normale une hyperovarie que provoque et entretient la pré-hypophyse, en en faisant une dysovarie ; peut-être tout simplement en réduisant dans un fragment d'ovaire la quantité de tissu ovarien capable de fonctionner et en le faisant de cette façon correspondre aux conditions de l'expérience.

C'est peut-être à ce titre que nos trois cas de dégénérescence kystique (ovaire en place, greffon, débris ovariens) peuvent se rencontrer.

Dans un ovaire qu'on laisse, dans un greffon, la quantité de parenchyme capable de fonctionner échappe à toute estimation. Qui dit que l'infection, par exemple, ne l'a pas réduite à son minimum ? Si cela est, les conditions expérimentalement obtenues par LIPSCHUTZ seront spontanément réalisées et, sous l'influence du déséquilibre ovarien pré-hypophysaire, ce restant de tissu ovarien va « entrer en fonction endocrinienne augmentée ou irrégulière. » Il est possible qu'ainsi se produise sa dégénérescence kystique.

En fait, on n'est pas sans connaître, avec une certaine précision, le mécanisme intime de l'action hypophysaire dans des conditions voisines. On sait que la castration chirurgicale, tout comme la ménopause spontanée, provoquent dans l'hypophyse d'importantes modifications se traduisant physiologiquement par une intense prolanurie. Cette élimination d'hormone de maturation est le témoin d'une surproduction de cette hormone par l'hypophyse. Anatomiquement, elle est liée à un bouleversement cellulaire important avec accroissement du nombre des cellules chromophiles. Il s'agit là d'un fait non pas occasionnel, mais constant et nous insistons sur la qualité de l'hormone hypersécrétée, hormone de maturation folliculaire, essentiellement différente, par conséquent, de celle retrouvée dans les urines de la femme enceinte.

Il est facile d'imaginer ce qui doit se passer après

certaines opérations : quand on fait une greffe d'ovaire, quand on abandonne dans le pelvis un débris ovarien résiduel, il existe toujours un certain intervalle libre pendant lequel l'ovaire ou le fragment d'ovaire s'organise une nouvelle vascularisation. Ce temps libre où l'ovaire ne fonctionne pas encore ne représente pas autre chose qu'un état de castration temporaire et il est fort probable qu'il s'accompagne, du côté de l'hypophyse, des mêmes modifications qu'un état de castration définitive : hyperproduction avec mise en réserve dans l'organisme de grandes quantités d'hormones de maturation. Quand l'ovaire va de nouveau entrer en fonction, il sera sollicité brusquement par la gonadostimuline accumulée et, sous l'effet de ce véritable coup de bélier hypophysaire, ses follicules subiront l'évolution kystique.

Quand on laisse in situ un fragment d'ovaire quantitativement trop petit ou qualitativement insuffisant, il n'est pas impossible que la même réaction hypophysaire ne soit déclanchée et que l'ovaire restant n'en subisse le choc en retour. Il le fera en faisant une dégénérescence kystique. Il serait intéressant à ce point de vue, à défaut de pouvoir examiner l'hypophyse, de rechercher l'hyperpolanurie chez les femmes à qui on n'a laissé qu'un petit fragment d'ovaire ou un ovaire fonctionnellement douteux.

Peut-être aussi aurait-on intérêt, quand on a fait une greffe, à imprégner l'organisme d'une certaine quantité de folliculine pour prévenir les réactions de l'hypophyse. Plus tard, on se trouverait peut-être bien d'administrer de la luteine pour en limiter, en

compenser les effets et préparer ainsi au greffon de bonnes conditions hormonales de prise.

Quelque intérêt que puisse soulever la pathogénie de la dégénérescence kystique des ovaires ou des fragments d'ovaires il s'efface, pour ce qui est du point de vue pratique. devant l'intensité des manifestations cliniques dont elle peut être à l'origine.

Il est certain, tout d'abord que, si petit soit-il, la présence d'un fragment d'ovaire comporte certains avantages puisqu'elle met la malade à l'abri des troubles de la ménopause artificielle : telle malade greffée verra d'un coup disparaître vertiges et bouffées de chaleur lorsque, après quelques mois d'attente, le greffon entrera en fonction. Telle autre, à qui on croyait avoir tout enlevé, continuera à être réglée comme auparavant. Ces avantages sont souvent tels que, si les troubles ressentis par ailleurs n'affectent pas un caractère de gravité insupportable, il peut être judicieux de conseiller à la malade une résignation qui lui permettra de conserver un bénéfice qu'elle n'estimera à sa juste valeur que quand il aura disparu. D'autres fois, si les troubles sont plus marqués, on lui conseillera la patience car, chez des femmes encore jeunes, il peut y avoir un certain intérêt à attendre quelque temps avant de leur enlever le fragment résiduel qui leur autorisait, malgré certains ennuis, une vie presque normale.

Mais souvent les accidents qui en résultent ont une gravité telle que leur traitement s'impose avec

un caractère d'urgence impérieuse. Quels sont ces accidents ?

Qu'il s'agisse d'un ovaire laissé en place, d'un greffon ou de débris résiduels, les symptômes de leur dégénérescence kystique sont pratiquement les mêmes et peuvent être étudiés ensemble. On les observe habituellement sous deux formes :

1^o Une forme métrorragique qui se définit d'elle-même et dont nos trois observations sont de très beaux exemples. La malade est réglée plus ou moins régulièrement, parfois tous les mois, parfois tous les deux mois, mais l'écoulement se prolonge durant huit, dix ou quinze jours, la quantité de sang perdue est très abondante, avec des caillots. Il peut en résulter un état d'anémie parfois très marquée, presque toujours une perte des forces, une inaptitude au travail. Dans certains cas, les pertes ne s'arrêtent pratiquement pas et la malade est de la sorte réduite à une existence inactive. Le lit améliore parfois ces métrorragies.

Mais, et c'est là une chose intéressante, il y a toujours une conservation du cycle menstruel ou d'une ébauche de cycle caractérisée par un arrêt, si court soit-il, des pertes ou un renforcement de l'écoulement au moment présumé des époques menstruelles.

Il est arrivé fréquemment que les malades, devant l'échec de thérapeutiques innombrables, fussent curetées par un chirurgien. L'examen histologique pratiqué sur un fragment de cette muqueuse épaissie et congestive répond régulièrement : métrite hyperplasique, ce qui n'est pas pour surprendre quand on connaît la pathogénie de ces manifestations utérines

qui rentrent dans le cadre de la métropathie de SCHRÖDER.

Les extraits de corps jaune ont sur ces métrorragies une action souvent heureuse mais, hélas, passagère. Les extraits qui visent à lutéiniser l'ovaire par l'intermédiaire de l'hypophyse semblent avoir une action plus durable. En général, dans ces formes hémorragiques, ces thérapeutiques sont suffisantes.

La castration sèche a procuré de belles guérisons (BROCQ et DUPEUX, COINGT et ROCHE) mais au prix d'une suppression de la sécrétion interne. Cependant, il est des cas nombreux, comme le nôtre, où la radiothérapie reste sans effet. BOROS recommande de toujours l'essayer avant de s'adresser aux procédés chirurgicaux qui constituent le dernier recours.

Là encore, spécialement dans le cas de débris résiduels, on n'arrive pas toujours à enlever en totalité la poche kystique et la récurrence se produit. On a vu des malades ne guérir qu'après la deuxième ou la troisième opération. GUILLOU dut réopérer 5 fois une même malade.

2° Une forme douloureuse se rencontre avec une égale fréquence. Les douleurs y sont de cause variable. Elle relève très souvent d'une situation basse de l'ovaire kystique qui a contracté des adhérences avec la paroi pelvienne, le fond du pelvis, le ligament utéro-sacré : douleurs très vives, continues, exagérées par les efforts physiques, entraînant une dyspareunie bien compréhensible ; elles siègent bas quand l'ovaire est prolapsé mais avec des irradiations lombaires qui signalent leur origine ovarienne. Le greffon donne des

douleurs à son niveau, par conséquent de siège variable.

Fréquemment, ces douleurs sont très diffuses et c'est dans ce cas qu'il faut faire la part de ce qui revient à l'ovaire et de ce qui revient à la plexalgie associée. Comme l'écrivait notre Maître « la dégénérescence scléro-kystique et la névralgie pelvienne sont deux choses qui coexistent fréquemment et qui peuvent avoir une influence réciproque, mais qui ne sont pas fatalement sous une mutuelle dépendance. » » Les signes propres à la plexalgie seront recherchés : douleurs vésicales, vaginales et rectales, épreintes et ténésme, hyperesthésie du ligament utéro-sacré.

D'ordinaire, le toucher vaginal révèle l'emplacement de l'ovaire kystique sous forme d'une masse perceptible dans le cul-de-sac latéral, fixée et habituellement très douloureuse.

L'évolution de l'ovaire devenu kystique est plus ou moins longue. Quand la douleur, peu marquée, n'exige pas de thérapeutique agressive, elle peut aller jusqu'à la ménopause où elle se termine.

Nous avons assisté une fois à une rupture probable du kyste : la malade fit brusquement un petit épisode péritonéal aigu et le lendemain, la masse avait disparu.

D'autres fois, une ponction par voie vaginale peut provisoirement soulager la malade et même lui donner quelques mois de répit. Mais, la plupart du temps, les signes fonctionnels commandent un traitement plus actif. La radiothérapie est presque toujours sans effet sur ces formes douloureuses. Seuls les procédés sanglants seront de mise. Leur but doit être d'enlever

l'ovaire ou le débris résiduel et, si besoin est, de traiter la plexalgie. Nous avons vu la difficulté qu'on avait à tout enlever la première fois en cas de fragment resté adhérent.

L'importance des troubles dus à la dégénérescence kystique d'ovaires laissés en place, greffés ou de fragments d'ovaire résiduels, la fréquence de cette complication qui représente sans aucun doute la plupart des échecs de la chirurgie conservatrice, nous a fait développer un peu longuement cette question.

Nous l'avons vu, s'il est possible d'éviter toujours le prolapsus secondaire de l'ovaire, très souvent son inclusion dans des adhérences, on ne peut pas grand-chose pour le préserver de la dégénérescence kystique. Cette impuissance vient de ce qu'on connaît mal les raisons profondes de cette altération. Elle vient surtout de ce que les ovaires qu'on laisse sont des ovaires malades dont l'état pathologique va entraîner secondairement toute une série de conséquences d'ordre probablement endocrinien. Nous sommes encore désarmés-là contre à moins d'enlever systématiquement tous les ovaires même légèrement atteints. Mais en matière de chirurgie conservatrice, il faut bien prendre son parti de respecter des organes non définitivement compromis en confiant à la nature le soin de faire le reste. Et si la difficulté de juger de l'état d'un ovaire nous en fait quelquefois conserver qui dégénéreront ensuite, il ne faut pas perdre de vue le nombre assez grand de ceux qui, grâce à nous, ont pu guérir et accomplir leurs fonctions.

IV

RÉCIDIVE SUR L'AUTRE ANNEXE

Ce genre d'échec n'est pas rare et nous l'avouons avec d'autant plus de légèreté d'esprit que, quand la première opération a enlevé les lésions qui paraissent très profondes, la responsabilité du chirurgien semble dégagée pour ce qui est de l'avenir de l'annexe laissée. Mais cette tranquillité est-elle justifiée ? En d'autres termes, l'annexe qu'on respecte dans une opération pour salpingo-ovarite ne porte-t-elle pas déjà en elle-même tout ce qu'il faut pour faire une récidence ? Répondre à cette question, c'est essayer de résoudre un problème qui met en cause la définition même de la chirurgie conservatrice.

L'accord n'est pas encore fait entre certains gynécologues pour qui la chirurgie conservatrice consiste à enlever les organes définitivement compromis en laissant ceux qui sont susceptibles de guérir ultérieurement (VILLARD) et d'autres qui pensent qu'elle comprend l'ablation de tous les organes malades, quel que soit le degré de leur infection, et le respect exclusif des organes sains. LAWSON-TAIT qui créa la première opération conservatrice, exérèse systématique des deux annexes, rangeait sa conduite sous la seconde définition.

En fait, on pourrait discuter à l'infini. Bien mieux, il n'apparaît pas qu'on puisse s'entendre sur ce sujet tant qu'il n'existera pas de moyens capables de renseigner exactement sur l'état de l'annexe adelphe dans

une salpingo-ovarite semblant unilatérale. En conséquence, au lieu de prendre part à cette controverse, essayons de savoir, malgré l'incertitude si souvent de règle, quel est précisément l'état de l'annexe qu'on laisse dans une opération conservatrice. Peut-être saurons-nous, de cette façon, si la nouvelle poussée, aiguë ou subaiguë, découle d'une réinfection ou d'une exacerbation sur une vieille salpingite entrée en sommeil.

Certes, l'immense majorité des auteurs sont d'accord pour dire qu'une salpingo-ovarite est ordinairement bilatérale. S'ils reconnaissent que la plupart du temps les lésions prédominent très nettement d'un côté, ils croient néanmoins qu'il existe toujours, si discrète soit-elle, une atteinte de l'autre. L'examen macroscopique au cours d'une opération permet-il de le vérifier ? Il semble bien, en effet, que les constatations permises par la laparotomie concordent avec cette opinion ; du moins dans les cas relativement récents car, si l'opération a été pratiquée tardivement, lorsque la salpingite est devenue chronique, on a souvent l'occasion de ne trouver que des lésions unilatérales, celles de l'autre côté ayant guéri spontanément. C'est ici, d'ailleurs, un argument en faveur d'une longue expectative pré-opératoire qui permet de faire la part exacte du feu et de n'enlever que le minimum. Mais lorsque, pour une raison ou pour une autre, il est donné d'intervenir sur des formes encore jeunes, il est bien rare qu'on ne découvre pas, à côté de lésions dont la gravité ne fait pas de doute, des lésions opposées, peut-être légères, mais dont l'existence paraît cepen-

dant indiscutable : trompe légèrement rouge au pavillon tuméfié mais perméable, adhérences lâches et vélamenteuses avec un segment de l'intestin, ovaire augmenté de volume, oedématié, discrètement sclérokystique.

Que ces lésions existent fréquemment, voilà qui est manifeste, mais il n'en est pas moins vrai qu'elles sont évidemment curables par les moyens médicaux. L'ablation de l'annexe n'est justifiée en aucune façon.

Il est exceptionnel qu'on ne les rencontre pas. Mais quand cela est, on peut toujours penser que cette trompe d'apparence intacte cache en réalité des lésions muqueuses qui échappent à l'investigation par le ventre. Les chirurgiens qui pratiquent systématiquement l'opération de LAWSON-TAIT disent avoir toujours mis en évidence des microbes au niveau de la muqueuse ou dans la paroi et en tirent des arguments en faveur de leur conduite.

Ceci nous ramène à la question qui se pose véritablement : une infection annexielle peut-elle guérir et ne plus jamais faire parler d'elle ? Doit-elle, au contraire, persister indéfiniment et provoquer par la suite des accidents inévitables ? On voit l'intérêt de ce problème. Si l'infection peut guérir, toutes les tentatives de conservation sont autorisées. Sinon, il faut se résigner à tout enlever la première fois ou, tout au moins, à ne laisser que l'utérus.

En fait, c'est une notion très banale qu'une salpingo-ovarite peut cliniquement guérir. N'est-ce pas parce que la possibilité de cette guérison est reconnue par tout le monde qu'on ne les opère pas toutes ? Il est

généralement admis que, si les malades pouvaient garder plusieurs mois le lit, subir des traitements médicaux prolongés, faire au besoin des séjours dans les stations balnéaires, il ne serait probablement pas nécessaire de les opérer. N'est-il pas reconnu, comme nous le disions tout à l'heure, qu'une expectative prolongée donne lieu à une conservation plus grande parce que justement elle permet aux lésions susceptibles de guérir de le faire ? Si la récurrence était inévitable, quel gynécologue tiendrait un pareil langage ? Et d'ailleurs, il n'y a rien à dire contre les faits : il y a presque toujours entre l'opération et la récurrence un intervalle libre de bonne santé, plus ou moins long, il est vrai, mais pratiquement suffisant pour qu'on puisse parler de guérison clinique. En voici deux exemples :

OBSERVATION

M^{me} B., 28 ans ; bonne santé habituelle ; réglée à 15 ans très régulièrement. Pas de grossesse, mais elle a fait, il y a 5 ans une fausse-couche non compliquée. Depuis cette époque, cependant, elle se plaint de douleurs sourdes dans la fosse iliaque gauche et ses règles sont devenues douloureuses.

Entre dans le service le 9 novembre 1932, parce qu'elle a présenté, il y a 5 semaines, une crise douloureuse très vive à gauche, avec température à 39°. En outre, des métrorragies apparues à cette époque se sont prolongées un mois.

A l'examen : utérus assez fortement antéfléchi, les annexes sont perçues des deux côtés, augmentées de volume, douloureuses. Les annexes gauches sont plus sensibles.

Intervention le 10 novembre 1932. Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Ablation de l'appendice. Il

s'agit d'une salpingite gauche avec petit abcès au niveau du pavillon. Adhérences de l'S iliaque à ce niveau. A droite, les annexes sont saines.

Castration unilatérale gauche.

Suites simples.

Pendant 2 ans $\frac{1}{2}$, la malade n'a plus souffert. Elle allait très bien, ses règles étaient régulières.

En mai 1936, elle fait une nouvelle crise aiguë avec douleurs très vives, vomissements. Depuis, elle présente des métrorragies avec caillots.

Entre à nouveau le 15 juin 1936.

A l'examen : le cul-de-sac droit est rempli par une grosse masse qui bombe. La ponction en retire du pus.

Sous anesthésie générale au schleich, on pratique immédiatement une colpotomie qui évacue un très gros abcès du douglas.

Trois semaines après, l'état local étant satisfaisant, on décide de l'opérer.

Intervention le 8 juillet 1936 (Prof. COTTE). Rachianesthésie. Incision sur l'ancienne cicatrice. L'utérus est en très bonne position. L'S iliaque adhère au niveau de la corne utérine. Annexite droite avec petit abcès au contact du pavillon qui est soudé dans le douglas. Ovaire très gros, oedémateux, qui renferme un gros kyste folliculaire.

Ablation des annexes droites.

Examen de la pièce : l'ovaire fendu par le milieu montre un kyste assez volumineux à contenu séro-fibrineux. Le parenchyme ne paraît pas très altéré : greffe dans l'épiploon. La lumière de la trompe renferme du pus.

Suites simples.

OBSERVATION

M^{me} B., 24 ans ; pas d'antécédents notables. Réglée à 15 ans, irrégulièrement, mais sans douleurs.

Depuis son mariage, à 17 ans, ses règles sont devenues douloureuses et elle présente une leucorrhée abondante.

Elle se plaint, en outre, de douleurs abdominales bilatérales accompagnées d'une légère réaction thermique.

En raison de ces troubles, elle est opérée, en 1933, par un chirurgien lyonnais qui lui fait une castration droite.

Elle en est soulagée pendant un an, mais bientôt, les douleurs réapparaissent du côté gauche, s'accompagnant de pertes assez abondantes et de phénomènes de cystite. Entre dans le service le 15 octobre 1937. État général assez médiocre, amaigrie.

A l'examen : utérus en bonne position, un peu d'épaississement du ligament utéro-sacré gauche.

Intervention le 29 octobre 1937 (Prof. CORTE). Rachianesthésie. Incision médiane au niveau de l'ancienne cicatrice. Ablation de l'appendice. Au point de vue annexiel, il existe beaucoup plus de lésions ovariennes que de lésions salpingiennes. Le pavillon est ouvert et a un aspect normal.

Résection subtotale de l'ovaire gauche.

Section de la corne utérine entre deux ligatures.

Suites immédiates simples.

Quant à savoir si une salpingo-ovarite peut bactériologiquement guérir, c'est une autre question. On sait avec quelle obstination le gonocoque, si fragile, par ailleurs, peut persister dans les voies génitales de l'homme.

Chez la femme, les gynécologues et les dermatologues affirment qu'il en est de même. Ce problème ne se juge pas d'après le pus qu'on peut trouver dans une poche de pelvi-péritonite ou dans un pyosalpinx alors que la plupart du temps il a été stérilisé par une vaccinothérapie pré-opératoire. Au contraire, il est possible que, malgré la thérapeutique de shock, le gonocoque puisse être retrouvé pendant très longtemps dans la paroi tubaire à condition de le chercher

avec soin. STUDDIFORD, CASPER et SCADRON l'ont mis en évidence par culture du tissu tubaire jusqu'à 10 ans après la contamination ; ils en concluent que les poussées nouvelles sont dues plutôt à une exacerbation de l'infection résiduelle qu'à une réinfection.

Mais au fond, plus que l'existence même de ces foyers microbiens persistants, c'est leur activité qui nous intéresse. Or, il est certain que, avec ou sans microbes latents, une femme peut ne jamais présenter de nouvelles poussées ; les cas de récurrence sur l'autre annexe ne sont pas, quoi qu'on puisse en dire, la règle. Par contre, si elle se produit plusieurs années après, ce risque peut être mis en balance avec des années de vie physiologique normale et parfois une ou deux grossesses obtenues dans l'intervalle.

A l'opposé, on a très souvent la preuve qu'il s'agit d'une réinfection. Peut-il en être autrement pour une malade que son opération conservatrice a complètement guérie, qui a pu mener 5 ou 10 ans une existence absolument régulière, sans douleurs, sans métrorragies, sans leucorrhée ? Ces femmes ne sont, malgré tout, pas l'exception. Si elles font une rechute, même en l'absence de notion connue de contamination nouvelle, peut-on raisonnablement invoquer autre chose ? D'ailleurs, nous avons plusieurs observations où la seconde poussée coïncidait avec une contamination récente avouée par la malade. Chez d'autres intervient la notion professionnelle : sitôt sorties de l'hôpital elles retombent dans une existence où les nécessités du pain quotidien s'accommodent mal du repos sexuel qui serait de mise. Selon la jolie

expression de MOCQUOT et DE ROUVILLE « elles retournent à la source de leurs joies et de leurs peines, elles retrouvent les unes et les autres. » Il faut voir là une origine commune de ces récidives. C'est chez ces malades que les détracteurs de la chirurgie conservatrice trouvent un semblant de justification. Il faut reconnaître qu'elles fournissent la plus grande part des échecs.

Enfin, en dehors d'une contamination nouvelle, il est des cas où la récidive survient très vite parce que la malade a négligé les conseils de prudence et d'abstention qui lui avaient été prodigués. Nous en avons eu une qui, venant de subir une castration unilatérale droite, fit une poussée à gauche un mois après son retour chez elle. Elle reconnut que, contre toute modération, elle s'était prêtée d'une façon trop précocce et trop répétée à l'empressement qu'avait son mari de la revoir. Traitée médicalement, elle guérit cependant fort bien et six ans après elle eut une grossesse qui se termina, malheureusement, par un accouchement prématuré. Si l'on savait toujours ce qui s'est passé, il est probable qu'on trouverait beaucoup d'histoires analogues.

En relisant les observations parmi lesquelles nous avons choisi les deux précédentes, nous avons été frappés de ce que la récidive, quand elle survient, se localise de préférence à l'ovaire alors que la trompe reste relativement intacte. Il n'est pas rare non plus que la rechute se manifeste avec des caractères de gravité anatomique et clinique inconnus la première

fois. Est-ce le fait d'un apport nouveau sur une infection résiduelle ? Est-ce le fait que seul un microbe particulièrement virulent peut se développer dans une annexe déjà vaccinée ? Il est difficile de dire. En tout cas, l'expérience montre que c'est l'ovaire qui est le plus souvent intéressé. Ici réside précisément le point délicat puisque, après castration unilatérale, l'ovaire opposé reste le seul garant de la sécrétion interne sexuelle. C'est ce qui fait l'inconvénient de ces récidives.

Aussi, doit-on tout mettre en œuvre pour les éviter en expliquant d'abord à la malade que la conservation d'une annexe vaut bien, maintenant qu'on l'a mise en état de guérir plus vite, un certain nombre de précautions pour consolider cette guérison et parfois même un traitement complémentaire. De cette façon, le chirurgien n'aura rien à se reprocher si la rechute se produit quand même. Tant il est vrai que, s'il peut traiter les lésions qu'il voit, il ne peut être tenu pour responsable d'un échec survenu au mépris de ses conseils et du fait d'une imprudence nouvelle.

DEUXIÈME PARTIE

LES CONDITIONS TECHNIQUES SUSCEPTIBLES D'ÉVITER CERTAINS ÉCHECS DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

LES CONDITIONS TECHNIQUES SUSCEPTIBLES D'ÉVITER CERTAINS ÉCHECS DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

Nous ne voulons pas développer de façon complète la thérapeutique des affections inflammatoires des annexes. Faire une revue générale de tout ce qui a été écrit, tant sur le traitement médical et préopératoire des salpingo-ovarités que sur les procédés chirurgicaux, nous entraînerait beaucoup trop loin. Il s'en faut d'ailleurs que tout le monde soit d'accord. Bien mieux il n'existe probablement pas de question où les avis diffèrent davantage sur les indications opératoires et les actes chirurgicaux à mettre en œuvre. Nous désirons simplement exposer les principes qui actuellement guident notre Maître dans la thérapeutique des salpingo-ovarites, principes dont l'application lui permettait récemment d'écrire : « La chirurgie conservatrice des annexes légitime largement les espoirs qu'on avait fondé sur elle. »

Encore une fois, ces idées directrices sont le résultat d'une longue expérience et l'aboutissant d'une ligne de conduite rigoureusement suivie depuis fort longtemps. Il ne faut pas croire que, dès le début, les résultats obtenus furent ce qu'ils sont actuellement.

Appliquée d'abord avec timidité, la conservation dans les annexites vit son domaine peu à peu s'étendre dans les services que dirigeait notre Maître. Au fur et à mesure que ses idées évoluaient, que sa technique s'améliorait, M. le Professeur COTTE obtenait des succès de plus en plus réguliers et de plus en plus fréquents. Il semble bien qu'à l'heure actuelle, autant qu'on puisse le dire en pareil cas, nous soyons arrivés à la Clinique à conserver le maximum de ce qu'on peut faire sans danger et avec les résultats les plus ordinairement satisfaisants. La preuve en est que, en 1926, à l'occasion du Congrès de Chirurgie sur le traitement des salpingo-ovarites, notre Maître publiait sa statistique de 40 % de conservation et qu'en 1930 ce chiffre s'était élevé à 70 %. Quatre ans après il atteignait 90 % et la lecture des observations colligées depuis cette époque nous permet de signaler aujourd'hui un pourcentage de 95 % de conservation. Il ne semble pas que ce chiffre puisse être dépassé. Nous le répétons, si les résultats obtenus n'avaient pas justifié une telle ligne de conduite, nous aurions très certainement abandonné la méthode ou, tout au moins, restreint ses indications. En fait, dans l'état actuel de cette pratique, il nous est presque permis d'affirmer que toute malade non améliorée par le traitement médical doit bénéficier de la chirurgie conservatrice.

D'où vient cette différence entre nos résultats et ceux que publient certains autres chirurgiens ? D'où vient que la conservation dans les annexites nous permet un maximum de succès alors qu'elle ne réserve

à d'autres que des déboires ? D'où vient que nous restons résolument et devenons de plus en plus conservateurs, alors que d'autres se sont définitivement détournés de la méthode ? Probablement de ce que, par des indications précises, par une technique appropriée, nous avons su éliminer, nous ne disons pas tous, mais une grande partie des échecs. Si les chirurgiens n'avaient, par la chirurgie conservatrice, que des succès, il est certain qu'elle serait beaucoup plus répandue ; si bien qu'on peut affirmer sans risque de se tromper que les détracteurs de la conservation sont ceux qui n'en obtiennent que des échecs. Et ceci est exact pour tous les chapitres de la chirurgie.

Nous savons ce qu'on nous répondra. Vous opérez, nous dira-t-on, les deux-tiers de vos salpingo-ovarites, vous opérez les formes bénignes comme les formes graves ; il n'est donc pas étonnant que vous ayez davantage de succès que nous qui n'opérons que les formes très graves, décidément rebelles aux moyens médicaux et qui fournissent un tel pourcentage d'échecs que nous préférons nous résigner à les castrer d'emblée ; au moins sont-elles guéries simplement et rapidement. N'oubliez pas, ajoutera-t-on, que la plupart des annexites guérissent très bien par le traitement médical et que, précisément, les malades que vous opérez avec succès sont celles qui se seraient passées d'une intervention sanglante.

Il est exact qu'en se plaçant dans les conditions les meilleures, avec un repos au lit prolongé de plusieurs mois, l'éloignement des rapports sexuels, la suppression de tout risque de contamination nouvelle,

l'immense majorité des annexites guériront. Mais où donc ces conditions idéales sont-elles réalisées ? Quel chirurgien peut se targuer d'obliger ses malades à rester couchées trois mois et davantage ? Peut-on toujours refuser à une femme le secours de la chirurgie quand l'appelle chez elle son devoir de mère et d'épouse ? Est-il logique de contraindre à des soins médicaux prolongés certaines de nos malades que les risques professionnels ramèneront très vite à l'hôpital après une guérison péniblement obtenue ? Et pourtant, quelles qu'elles soient, ces femmes ont droit à ne pas être castrées.

En réalité, la solution du problème réside dans une inversion des propositions. Si la chirurgie conservatrice donnait entre toutes les mains des résultats satisfaisants, personne n'hésiterait à en étendre les indications et à guérir ces malades en cinq semaines au lieu de leur imposer quatre ou cinq mois de décubitus et d'inaction. Sans compter qu'il y aurait beaucoup à dire sur la qualité de ces guérisons médicalement obtenues. Reconnaissons néanmoins que, lorsque les conditions sociales le permettent, lorsque l'atteinte annexielle est peu marquée, il est meilleur de se borner à un traitement médical qui n'exclut pas d'ailleurs la possibilité ultérieure d'une thérapeutique sanglante mais conservatrice.

Du reste, pour démontrer que nous ne réservons pas le traitement chirurgical conservateur à des formes bénignes où il risque d'être superflu, nous ne saurions mieux faire que de présenter à nouveau le tableau des opérations pratiquées par notre Maître

depuis le 1^{er} septembre 1936 jusqu'au 31 juillet 1938.
On le trouvera également dans un article récent
(COTTE, *Paris Médical*, 17 déc. 1938).

MALADES OPÉRÉES POUR LÉSIONS ANNEXIELLES

NOMBRE DE MALADES : 144.

LÉSIONS SUPPURÉES (72).	Bilatérales (57).	Salpingectomie bilatérale	1
		Castration bilatérale	5
		Conservation utérus et ovaire	34
		Conservation de l'utérus et greffe intra-épiloïque de l'ovaire	8
		Greffe intra-utérine de l'ovaire	5
		Hystérectomie subtotale	4
LÉSIONS NON SUPPURÉES (38).	Unilatérales (15).	Castration unilatérale	14
		Conservation utérus et ovaire. (Sal- pingite chronique du coté opposé.	1
		Conservation intégrale	7 dont 3 avec résection complé- mentaire du présacré. dont 2 avec résection complémentaire du pré- sacré et cloisonnement du Douglas.
		Castration unilatérale	22 dont 1 avec implantation tubaire.
		Castration bilatérale	1
		Conservation utérus et ovaire. Conservation de l'utérus et greffe intra-épiloïque de l'ovaire	4 2
OVARITE SCLÉRO - KYS- TIQUE (29).		Hystérectomie subtotale	2
		Conservation intégrale	5 dont 3 avec cloisonnement du Douglas et résection du présacré.
		Résection subtotale	22 dont 7 résections complé- mentaires du présacré.
		Greffe intra utérine de l'ovaire.	1
		Hystérectomie subtotale	1
		Conservation intégrale et résec- tion du nerf présacré	1
ANNEXITE TUBERCULEUSE (5).		Conservation utérus et ovaire.	2
		Conservation de l'utérus et greffe intra-épiloïque de l'ovaire	2

SOIT AU TOTAL :

Conservation intégrale, salpingolysis, salpingostomie	13	dont 4 avec résection complémentaire du présacré. 5 avec résection complémentaire du présacré et cloisonnement du cul-de-sac de Douglas.
Résection ovarienne	22	dont 7 résections complémentaires du présacré.
Castration unilatérale	36	dont 1 avec réimplantation tubaire du côté opposé.
Salpingectomie bilatérale	1-	
Conservation utérus et ovaire	41	
Castration bilatérale	6	
Grefte intra-épiploïque de l'ovaire...	12	
Grefte intra-utérine de l'ovaire	6	
Hystérectomie subtotale	7	dont 3 chez des malades ayant dépassé la quarantaine.

L'étude attentive de ce tableau montre bien les conditions d'application de la chirurgie conservatrice. Pour ne parler que des formes suppurées, où la gravité des lésions et la nécessité de drainer auraient poussé plus d'un chirurgien à faire une opération radicale, nous n'avons pratiqué personnellement l'hystérectomie que quatre fois sur soixante-douze cas.

On le voit, ce n'est donc pas dans les formes que nous opérons qu'il faut chercher le secret de nos bons résultats. Nous croyons que la technique a son rôle à jouer et qu'il est de première importance. C'est la raison de ce chapitre.

Après avoir brièvement décrit les différents types d'opérations conservatrices en honneur à la clinique, nous nous réserverons d'insister particulièrement sur les différents points qui, selon nous, donnent à la technique de notre Maître sa véritable physionomie.

CHAPITRE PREMIER

LES OPÉRATIONS QU'IL FAUT UTILISER DANS LES SALPINGO-OVARITES

Parmi les procédés opératoires qu'on peut utiliser dans les affections inflammatoires des annexes il en est quelques-uns que nous avons bannis de notre arsenal thérapeutique, soit parce qu'ils n'ont pas leur raison d'être, soit parce qu'ils nous semblent exposer plus particulièrement aux échecs. Tous les autres trouvent plus ou moins fréquemment leur indication.

Mais, quels qu'ils soient, ils ne sauraient faire l'objet d'aucune indication avant que les lésions n'aient été exposées par la laparotomie. On ne peut jamais dire avant que le ventre ne soit ouvert, à quelle sorte d'opération on s'adressera. On connaît assez l'infidélité des renseignements fournis par le toucher vaginal pour comprendre que souvent les constatations permises par l'opération correspondent peu aux données de l'examen clinique. Telle salpingo-ovarite qui paraissait strictement unilatérale s'accompagnera en réalité de lésions opposées qui ne permettront que la conservation de l'utérus seul. Tel

ovaire perçu cliniquement gros et douloureux et promis à une exérèse pure et simple n'aura en réalité qu'un gros kyste folliculaire qu'il sera facile d'enucléer. Il en résulte qu'il importe avant tout de bien voir. C'est pourquoi, malgré que nous restions décidément parmi les défenseurs de la voie vaginale toutes les fois qu'elle peut rendre des services, nous la proscrivons formellement dans les salpingo-ovarites. Nous savons qu'à l'étranger elle est utilisée habituellement, voire même exclusivement dans certaines Cliniques. Évidemment on peut faire par voie vaginale une castration unilatérale, mais cela n'empêche pas que pour faire de la chirurgie conservatrice il faut voir largement : en premier lieu pour établir un bilan précis de l'état anatomique du pelvis, en deuxième lieu pour y adapter le procédé exactement approprié; enfin pour pouvoir terminer par une péritonisation impeccable.

Une autre notion qui possède une grande valeur est celle des troubles fonctionnels. Celui qui ne tiendrait compte, pour le moment de l'opération et l'indication du procédé, que des lésions anatomiques commettrait une grave erreur et s'exposerait à de nombreux échecs. Il ne faut jamais perdre de vue qu'un ovaire sclérokystique par exemple, quand il ne donne lieu à aucun trouble, doit être respecté; si l'on se risque à pratiquer sur lui la moindre opération agressive, peut-être à partir de ce moment fera-t-il parler de lui, tant il est vrai qu'on connaît encore très imparfaitement les réactions en bien ou en mal qu'entraîne dans le domaine sympathique et circulatoire l'opération sanglante la plus

minime. A l'opposé, même en l'absence d'un substratum anatomique évident, il peut être indiqué d'intervenir pour des signes fonctionnels graves : douleurs ou métrorragies et, le corps du délit exposé et traité, de compléter l'acte direct par un geste sur le sympathique pelvien par exemple. Faute de quoi on enregistrera un insuccès.

Avant de parcourir le clavier des opérations que nous utilisons d'une façon courante, nous voudrions dire quelques mots de deux procédés qui n'entrent pas à proprement parler dans la question, mais qui cependant font l'objet de quelques indications dans les salpingo-ovarites.

1^o Les opérations radicales.

L'hystérectomie dans les affections inflammatoires des annexes a vu à la Clinique sa place diminuer de plus en plus puisque actuellement nous ne l'utilisons que dans 5 % des cas. Les lésions utérines, en l'occurrence l'intensité de la métrite, ne la justifient que fort rarement. L'état de l'utérus, après castration bilatérale, ses lésions traumatiques, sa déperitonisation, sa mobilité ne représentent plus pour nous un facteur décisif depuis que notre péritonisation nous permet de parer à ces complications. Davantage important les difficultés techniques d'extirpation des annexes auquel cas l'hystérectomie pratiquée à l'américaine peut faciliter l'opération. Mais c'est là l'exception.

En fait, trois circonstances peuvent décider de l'ablation de l'utérus.

L'âge : il est évident que chez une femme approchant de la ménopause on sera moins tenté d'affronter les difficultés parfois considérables qu'impose la castration bilatérale pour salpingite grave, avec conservation de l'utérus. Le bénéfice de trop courte durée qu'on en retirerait ne peut soutenir la comparaison avec les risques plus grands d'une opération plus laborieuse.

La coexistence d'altérations non inflammatoires de l'utérus : myome, fibromatose, endométriose utérine, poussent également au sacrifice de la matrice car on ne peut guère pratiquer, en cas d'annexite suppurée, des opérations multiples et complexes. Il est des imprudences qui n'ont pas d'excuse.

La nécessité de drainer largement dans les formes septiques, à péritoine enflammé très haut, à tissu cellulaire infiltré nous ont dans quelques cas incité à faire soit une hystérectomie subtotala avec Mickulicz soit une hystérectomie totale avec drainage vaginal ou abdomino-vaginal.

En fait ces cas sont très rares puisque sur 144 malades opérées depuis 1936, 7 seulement ont été hystérectomisées. Peut-être quelques-unes d'entre elles auraient-elles aussi bien guéri en gardant leur utérus mais il n'est guère de moyens de le savoir.

2° Les opérations restauratrices.

Comprises depuis le simple salpingo-lysis jusqu'à la transplantation de l'ovaire muni de son pédicule dans l'utérus, en passant par les résections partielles, les

salpingostomies et la réimplantation tubo-utérine, elles ne réservent, de l'avis de tout le monde, que d'exceptionnels succès. La preuve en est que chacun d'eux est soigneusement publié et que leur nombre global n'est cependant pas considérable, malgré l'intérêt qu'a suscité la méthode à ses débuts. Il semble bien qu'actuellement la question se soit soldée par une désillusion générale. Pour nous, il faut vraiment que les conditions anatomiques et que la légèreté de l'infection soient favorables pour que nous fassions une salpingostomie. D'une façon générale elle trouve peu d'indications dans les salpingo-ovarites en évolution. On sait d'ailleurs que les lésions muqueuses du gonocoque, le principal responsable, font de la trompe un conduit peut-être perméable mais sans utilité fonctionnelle. Certes, lorsque nous trouvons une trompe peu malade ou à lésions éteintes, mais dont le pavillon est enfoui dans un petit foyer d'adhérences, il est évident que nous le libérons du mieux que nous pouvons ; mais nous croyons que c'est la seule opération visant à la restauration de la perméabilité tubaire qui puisse donner quelques succès. Toutes les autres, à part quelques cas rarissimes, sont vouées à un échec si l'on entend sous ce vocable que la malade n'a pas eu de grossesse. Mais ce ne sont pas ces échecs que nous avons voulu étudier.

Voyons les procédés que nous utilisons couramment. Nous les présenterons rapidement en allant du plus simple au plus complexe, du plus économique au plus large. En matière de chirurgie conservatrice, le plus qu'on puisse enlever consiste en une castration

bilatérale avec conservation de l'utérus seul. La gamme de nos opérations va donc de la conservation intégrale à la castration bilatérale sans greffe. C'est dans cet ordre que nous les passerons en revue.

Nous ne voulons pas les décrire en détail, mais simplement indiquer ce qu'elles réalisent du point de vue de la conservation et ce qu'on peut espérer d'elles. Nous verrons ensuite, dans un chapitre spécial, les particularités techniques de notre Maître, spécialement celles qui, selon nous, lui valent d'éviter certains échecs.

CONSERVATION INTÉGRALE

Il arrive que l'intensité des douleurs ou des signes fonctionnels impose une laparotomie quand les moyens médicaux se sont avérés inefficaces, ceci même en l'absence de gros signes à l'examen. On voit fréquemment des malades ayant dans un passé plus ou moins récent une ou deux crises d'annexite ; la glace, le repos les a considérablement améliorées, mais les douleurs persistent néanmoins et un interrogatoire serré met en évidence, grâce à leur localisation lombaire, grâce à de petites pertes, leur origine ovarienne certaine. Correspondant à l'examen clinique, la laparotomie montre en effet des lésions tubaires assez discrètes, susceptibles encore de guérir et qui, en tout cas, n'exigent aucun acte agressif. Par contre, les ovaires, très légèrement scléro-kystiques, sont prolabés dans le Douglas, tirant péniblement sur

le ligament infundibulo-pelvien qui apparaît variqueux et congestionné. Il est bien évident qu'ici toute ablation serait de trop, mais on peut rendre un grand service à la malade en libérant quelques adhérences qui encapuchonnent le pavillon tubaire et surtout en créant par un cloisonnement du douglas un point d'appui efficace qui soutiendra l'ovaire et l'empêchera de retomber à nouveau.

Dans un autre cas, il s'agit d'une flambée inflammatoire du postabortum. Les annexes sont légèrement atteintes, il existe une réaction assez forte du côté du péritoine pelvien, l'utérus est découvert en rétroversion. Pour peu que les douleurs persistent on peut les attribuer à la rétroversion et, une fois la phase aiguë calmée, il faudra intervenir pour redresser l'utérus et sectionner au besoin quelques adhérences péri-tubaires et péri-ovariennes.

Enfin, au cours d'une salpingo-ovarite chronique, lorsque les douleurs ont un caractère névralgique net, chez une femme jeune, la conservation intégrale sera justifiée par la diffusion des lésions alors éteintes. Mais ici, en place d'une castration qui ne guérirait certainement pas la malade, c'est une résection du nerf pré-sacré qu'il faut faire et qui supprimera l'élément douloureux et donnera un résultat excellent.

On pourrait imaginer d'autres cas. Nous en avons choisi quelques-uns pour montrer qu'intervenir sur une annexite ne consiste pas uniquement à pratiquer une exérèse plus ou moins étendue des organes malades. Il faut, avant d'entreprendre quoi que ce soit, estimer la part que prennent les lésions décou-

vertes dans les syndromes cliniques. Il peut se faire que cette part ne soit que minime et qu'une opération moins directe soit davantage de mise. Ici ce sont les signes fonctionnels qu'il s'agit de traiter. Le méconnaître équivaut à un échec certain.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES INTÉRESSANT LES OVAIRES

Elles comprennent l'énucléation d'un kyste folliculaire, la résection partielle uni ou bilatérale, l'ovariectomie unilatérale. Pour l'ovaire importe énormément l'examen direct que permet la laparotomie. Lui seul décide de l'opération à pratiquer : si l'opération conservatrice doit porter sur un ou sur deux ovaires, si l'on doit se résigner à en enlever un, si l'intervention doit être complétée par un acte direct sur la trompe. Toutes les associations de procédés peuvent trouver leur indication. Il serait superflu de les envisager.

L'énucléation d'un kyste folliculaire est souvent suffisante lorsque l'ovaire est sain, non scléro-kystique et qu'il ne présente en tout et pour tout qu'un kyste. Il est toujours possible de l'énucléer de la pointe du bistouri, car il existe constamment un plan de clivage. Nous avons vu notre Maître le faire très fréquemment sans crever le kyste malgré la minceur de ses parois. Il suffit ensuite de suturer au catgut fin sur aiguille sertie la surface ainsi avivée en

prenant garde de ne pas trop charger de tissu ovarien pour ne pas l'étrangler dans la suture. L'hémostase est facilement obtenue dans ce plan qui saigne très peu.

La résection partielle de l'ovaire s'adresse aux ovarites scléro-kystiques. La sclérose procédant par foyers, d'abord localisés puis étendus à tout l'ovaire, il est logique de pratiquer l'ablation de ces foyers en général périphériques, en ne conservant que la région hilaire de l'ovaire ordinairement indemne ou tardivement envahie. C'est la seule chose qu'on puisse faire dans les formes graves qui ont résisté au traitement physique ou endocrinien. Opération facile qui ne réserve aucune embûche, elle peut être étendue à l'ovaire opposé. En effet, on la pratique surtout dans les ovarites scléro-kystiques bilatérales; car lorsque l'affection n'intéresse qu'un côté, on a intérêt à supprimer purement et simplement l'ovaire malade, l'autre étant amplement suffisant. Dans d'autres cas elle peut trouver son indication si les ovaires sont gros et lourds sans autre lésion apparente : il arrive que, du fait d'un volume et d'un poids exagérés, ils tiraillent sur leur pédicule et provoquent ainsi des douleurs lombaires ; la résection partielle soulagera les troubles subjectifs. Sans compter qu'il y a quelquefois des troubles hormonaux liés à cette hypertrophie et qui peuvent entraîner un état de congestion locale intense, avec varicocèle ; la résection d'une certaine quantité de parenchyme glandulaire peut les faire disparaître, de la même façon que la résection subtotale de la glande thyroïde dans la maladie de Basedow améliore la dysfonction endocrinienne.

Les syndromes douloureux ovariens tirent ainsi fréquemment un grand bénéfice de la résection partielle. Aussi est-il la plupart du temps inutile d'associer à l'opération directe ou de lui substituer la résection des nerfs contenus dans le pédicule lombo-ovarien. Évidemment cette énérvation est satisfaisante, puisqu'elle interrompt la totalité des voies sensibles de l'ovaire. Malgré cela nous ne la pratiquons jamais, car nous avons toujours eu une certaine répugnance à lier et à couper ce pédicule vasculo-nerveux où les nerfs sont indissociables. Il est possible que la section des vaisseaux n'entraîne pas de fâcheuses conséquences du côté de l'ovaire, mais nous manquons encore d'éléments de certitude. En tout cas, nous le ferions sûrement si l'on pouvait en même temps respecter les vaisseaux. Quant à la section chimique du plexus ovarien par isophénolisation, elle ne nous a pas paru être très efficace et, après l'avoir pratiquée pendant deux ans, nous l'avons abandonnée.

Au contraire, si on se donne la peine d'étudier avec attention les caractères des douleurs, on s'aperçoit que très souvent il s'agit d'un syndrome plexalgique hypogastrique associé ; auquel cas, c'est à la résection complémentaire du nerf pré-sacré qu'il faut s'adresser. On sera heureusement surpris du résultat obtenu.

L'ovariectomie unilatérale, quand elle s'impose, doit s'accompagner la plupart du temps d'une opération sur la trompe ordinairement malade ; il est alors plus simple de faire une castration unilatérale. Il n'y a en effet pas grand intérêt à conserver une trompe

en l'absence de son ovaire. Nous savons bien qu'on a vu des grossesses survenir chez des malades ayant subi une ovariectomie d'un côté et une salpingectomie de l'autre, mais encore une fois on ne peut guère compter sur l'exception, d'autant plus que les lésions tubaires sont presque toujours suffisamment importantes pour légitimer une castration unilatérale de préférence à une ovariectomie simple. Cependant une parfaite intégrité de la trompe pourrait inciter à la conserver quand même.

Du point de vue pratique, il faut prêter attention à enlever l'ovaire en totalité, ce qui n'est pas toujours facile dans certaines *ovarites adhérentes*. Il est le plus souvent impossible de reconnaître un débris résiduel de l'ovaire dans la zone cruentée et dépéritonisée que laisse son ablation même si on le cherche attentivement. Ceci explique que sous certaines influences ce fragment pourra subir ultérieurement une dégénérescence kystique. Nous avons vu que, dans les cas d'ovariectomie unilatérale, la présence de l'autre ovaire protège toujours le débris résiduel contre la transformation scléro-kystique. Pour éviter de laisser des débris adhérents au péritoine, nous avons pour habitude, dans les cas où l'ablation de l'ovaire en totalité se présente dans des conditions très difficiles, de faire un clivage sous-péritonéal et d'enlever ainsi, en même temps que l'ovaire, la petite région du péritoine pelvien à laquelle il est fixé. C'est probablement pour cette raison que nous n'observons qu'exceptionnellement des kystes pelviens résiduels. Naturellement cette pratique laisse une surface cruentée qu'il

faut exclure avec soin, mais l'attention avec laquelle nous péritonisons nous a permis jusqu'ici d'éliminer tous les accidents qui pourraient en résulter.

A propos des opérations sur l'ovaire, nous insistons à nouveau sur la valeur, à côté des lésions anatomiques, des signes fonctionnels. Ils doivent prendre une part primordiale parmi les considérations cliniques qui poussent à opérer et qui décident du procédé à mettre en œuvre. A l'œil nu rien ne distingue en effet l'ovaire scléro-kystique à manifestations pathologiques certaines, de celui qui ne donne lieu à aucun trouble tel qu'on est amené à en découvrir au cours d'une laparotomie faite pour toute autre chose.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES INTÉRESSANT LES TROMPES

Si l'on excepte la conservation intégrale et les opérations restauratrices, il ne saurait s'agir que d'une salpingectomie. Unilatérale, elle permet l'espoir de maternité future ; bilatérale, elle ménage la menstruation.

Nous désirons revenir ultérieurement sur les précautions qu'il faut prendre au cours d'une salpingectomie dans le but d'éviter certains échecs. Nous reviendrons donc à ce moment sur notre technique proprement dite.

Quoique nous ne soyons pas du tout persuadé de

l'importance des troubles circulatoires dans la genèse de l'évolution scléro-kystique d'un ovaire laissé, il va sans dire que nous prenons bien garde à ménager l'irrigation ovarienne. Pour peu qu'on veuille bien se tenir près de la trompe et faire plusieurs ligatures sur le méso-salpinx, elle ne court pas grand danger. Au contraire, la ligature en masse du méso-salpinx risque, en créant une sorte de peloton, de plisser et de couder le ligament large et de faire ainsi obstacle à une heureuse circulation. De même, nous préférons fermer le méso-salpinx par un surjet plutôt que de le lier en masse. Si cela est facile dans les salpingites chroniques il n'en va pas ainsi dans les salpingites graves et suppurées, prolabées dans le douglas et adhérentes. Nous avons néanmoins la certitude que les artères de l'ovaire sont le plus souvent respectées. Au reste la ligature de l'une d'elles n'a probablement pas les inconvénients qu'on dit. ROTTER ne va-t-il pas jusqu'à préconiser la ligature pure et simple du ligament infundibulo-ovarien comme méthode de traitement des salpingites phlegmoneuses ?

Dans un autre domaine, l'élargissement d'une salpingectomie bilatérale par la résection du fond utérin ne nous paraît pas justifié. Nous ne le pratiquons jamais. Nous avons déjà dit ce que nous pensons de la métrite du fond : elle ne demande qu'à guérir après l'ablation de la trompe qui entretient son infection, mais à condition que cette exérèse soit complète. Nous y reviendrons. Certes, nous ne mettons pas en doute les bons résultats que cette opération a pu donner. Au Congrès de Chirurgie de 1926, nombreux

sont les auteurs qui s'en sont faits les champions. Nous croyons simplement qu'elle est inutile et que tous les échecs qu'on a attribué à la persistance de la métrite du fond ressortissent en réalité d'une autre étiologie. Un des cas de KRAUL est très démonstratif. C'est également une opération plus grave.

La salpingectomie bilatérale est rarement pratiquée sous cette forme. On ne s'y adresse qu'en cas de lésions assez graves et étendues ; or il est très rare que dans ces conditions un ovaire au moins ne soit pas profondément atteint. Aussi le plus souvent l'opération consiste-t-elle en une salpingectomie d'un côté et castration de l'autre. Aussi bien, n'y a-t-il pas grand intérêt à laisser les deux ovaires.

CASTRATION UNILATÉRALE

On l'a accusée de n'être pas une opération conservatrice, car elle enlève l'annexe malade et laisse l'annexe saine. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la prétendue unilatéralité des lésions dans les salpingo-ovarites. En fait, l'annexe qu'on respecte est bel et bien malade dans la plupart des cas. Parfois indemne extérieurement, elle n'en présente pas moins des lésions muqueuses plus ou moins marquées. Ici la conservation ne se discute pas. Plus souvent elle est manifestement atteinte et c'est de l'intensité de ses lésions que découlera l'indication de faire une salpingectomie opposée complémentaire ou de respecter intégralement l'annexe adelphe. Étant donné l'inté-

rêt tout relatif qu'il y a à conserver une trompe qui ne guérira probablement qu'au prix d'une oblitération, il faut vraiment que son atteinte soit légère pour que sa conservation soit décidée et qu'on se borne à une castration unilatérale.

CONSERVATION DE L'UTÉRUS ET D'UN OVAIRE

On a assez souvent l'occasion de l'appliquer étant donné la rareté d'une atteinte irrémédiable de l'utérus et le nombre assez grand des cas où un ovaire peut être conservé. C'est l'opération qu'il faut viser à faire toutes les fois que les lésions éliminent la possibilité de sauvegarder l'espoir de grossesses ultérieures. Elle permet la menstruation qui se fait dans des conditions voisines de la normale, l'ovaire fonctionnant d'autant mieux que le cycle menstruel peut être complet. Elle rencontre son indication aussi bien dans les formes suppurées que dans les formes chroniques. Parmi toutes les opérations conservatrices, c'est une de celles qui sont le plus souvent pratiquées.

LES GREFFES D'OVAIRE

Mettons à part la greffe intra-utérine de l'ovaire, si rarement tentée, encore plus rarement suivie de succès, qui vise à ménager contre toute vraisemblance

la possibilité de grossesse absolument exigée par la malade. (Elle fit l'objet de la thèse de M^{me} GIROU, Lyon, 1936-37.) Notre Maître ne pratique que la greffe épiploïque car il a reconnu, outre des conditions meilleures de prise du greffon, que le fragment d'ovaire se trouve dans la cavité abdominale dans les conditions plus voisines de la normale qu'enfermé dans la gaine d'un muscle ou étouffé dans le tissu cellulaire de la grande lèvre. Il est certain que les phénomènes de l'ovulation s'accomplissent plus librement ici que partout ailleurs. Sans doute, nous l'avons déjà dit, les circonstances défavorables que rencontre la fonction ovarienne sont-elles cause d'un certain nombre de dégénérescences kystiques.

De même, encore pour sauvegarder une physiologie plus proche de la normale, ne faisons-nous à la Clinique de greffes ovariennes que quand on a conservé suffisamment de muqueuse utérine pour que les règles ou une ébauche de règles au moins puissent avoir lieu. Il semble là aussi que la suppression de la partie utérine du cycle menstruel puisse retentir indirectement sur l'ovaire. C'est un inconvénient contre lequel nous nous prémunissons, soit en conservant l'utérus entier ou une portion de l'utérus, soit en nous abstenant de faire une greffe dans une hystérectomie.

Quelle est la valeur des greffes ovariennes ? La question a fait couler beaucoup d'encre et, après avoir connu une fortune singulière, il apparaît qu'actuellement on en soit venu à une conception plus juste. Tout le monde reconnaît que rien ne vaut la

conservation *in situ* et nous sommes loin du temps où l'on faisait des greffes d'ovaire sous le simple prétexte que c'était le meilleur moyen de faire une sympathectomie ovarienne. Curieux abus d'un procédé qui, appliqué à bon escient, peut malgré tout rendre des services. Au reste, l'évolution des idées a montré la part exacte que devait détenir la méthode.

Pour nous, il existe une sorte de balancement entre la chirurgie conservatrice et la greffe. Sans vouloir opposer à la conservation un procédé qui en fait partie, il faut néanmoins reconnaître que mieux on sait jongler avec les méthodes de conservation *in situ*, moins on fait de greffes. Autrement dit, en ce qui nous concerne, nous sommes arrivés à faire bénéficier de la conservation sur place un maximum de malades alors que, par contre-coup, les indications des greffes sont devenues pour nous de plus en plus rares. C'est qu'en effet, avec le recul, on a pu constater qu'à côté de quelques résultats éloignés très bons, la grande majorité des greffes d'ovaires ne représentaient qu'un moyen d'acheminer doucement une malade vers sa ménopause. Supprimer le choc brusque de la castration chirurgicale reste un avantage qu'il faut reconnaître à la greffe, mais il est bien rare qu'elle puisse faire autre chose ; en tout cas ce serait vouloir enfler déraisonnablement la méthode que de la comparer à la conservation *in situ* d'un ovaire. Non pas qu'elle agisse à la façon d'une provision de produits endocriniens qui s'épuiseraient peu à peu, car nombreuses sont les greffes qui prennent véritablement, mais il n'est pas niable que ses conditions

d'existence sont précaires et qu'elle a toutes raisons de mourir prématurément.

Envisagée de cette façon la greffe d'ovaire représente le dernier recours de la chirurgie conservatrice. C'est une solution à laquelle on se résout en désespoir de cause. Les choses se passent de différentes façons.

On a enlevé deux annexes très gravement atteintes et qui, extérieurement, présentent des lésions non susceptibles de guérison spontanée ; c'est en coupant la pièce qu'on découvre un fragment d'ovaire relativement indemne. La malade est jeune, on a laissé l'utérus, il est normal de tenter une greffe.

Dans un autre cas, un des deux ovaires paraît peu malade, mais il est coiffé par un pyosalpinx prolabé tellement adhérent que techniquement son ablation isolée paraît impossible. On se résigne à pratiquer l'exérèse en bloc de l'annexe et, pour utiliser l'ovaire encore bon, on le greffe.

Enfin, réintervenant pour un échec de la conservation ovarienne, on trouve un ovaire scléro-kystique dont il semble qu'un fragment puisse être greffé. Mais nous croyons qu'ici les conditions sont les plus défavorables : il est extrêmement fréquent que le greffon dégénère à son tour.

La méthode porte en elle une lourde tare. C'est la difficulté d'estimer à sa juste valeur, en l'absence d'examen histologique, le parenchyme qu'on va greffer. Est-il bon, que sans doute le greffon jouera son rôle. Est-il insuffisant que ce sera un terrain tout prêt pour la dégénérescence kystique. Malgré qu'il ne condamne pas la méthode c'est là le grand aléa

de la greffe d'ovaire. On doit lui préférer, toutes les fois que cela est possible, la conservation d'un fragment d'ovaire, moitié interne ou moitié externe, qu'on laissera suspendu à son pédicule lombo-ovarien ou utéro-ovarien. Nous avons pu généraliser cette technique à la grande majorité des cas où, autrefois, nous nous croyons obligés de greffer l'ovaire. C'est ainsi que la statistique que publiait notre Maître en 1936 portait, parmi les opérations conservatrices, plus d'un quart de greffes d'ovaire alors que, tuberculose exceptée, le tableau présenté plus haut ne leur accorde qu'un peu plus du dixième (12 % de greffes).

CONSERVATION DE L'UTÉRUS SEUL

Il est curieux de penser que l'opération de LAWSON-TAIT, la première opération conservatrice pratiquée, connut très vite une défaveur presque générale. Après le règne de la chirurgie radicale, le retour à la conservation, consacré par le Congrès de 1926, l'oublie dans la liste des opérations à recommander. MOCQUOT ne lui voit aucune utilité ; il la condamne à nouveau en 1936 dans la thèse de GRESSE. En fait, l'école lyonnaise n'a jamais cessé de la défendre avec VILLARD, COTTE, MICHON et LABRY, MOLIN et CONDAMIN qui entraînent à leur suite COSTANTINI et M^{lle} BRIGNOL, DIEULAFE.

On connaît les avantages attribués à cette opéra-

tion : fréquence paradoxale d'une persistance de la menstruation, qu'en fait nous avons peu souvent observée mais qui, pour VILLARD, ne serait pas inférieure à 40 % des cas, conservation plus grande du sens génésique, meilleure statique pelvienne. En fait, nous n'avons jamais été témoins de la persistance des règles après castration bilatérale, sauf dans les cas où la libération particulièrement difficile des ovaires pouvait faire supposer qu'il en était resté un fragment. Nous en trouvons une autre preuve dans les malades chez qui, ayant fait une greffe, la menstruation, au lieu de mettre trois ou quatre mois pour se rétablir, n'a jamais été interrompue. Toujours, quand nous avons noté ce rétablissement instantané de la fonction menstruelle, qu'on pourrait interpréter à tort comme une reprise immédiate du greffon, le protocole opératoire interrogé après coup répondait : castration particulièrement laborieuse. Pareillement, nous n'avons jamais constaté nous-mêmes que les troubles de la ménopause chirurgicale fussent notablement diminués par la présence de l'utérus. Aussi bien son meilleur titre reste à nos yeux le maintien de la statique pelvienne. Opération justifiée puisque, en l'absence de lésions non inflammatoires, la conservation de l'utérus n'offre aucun inconvénient, elle mérite certainement de rester au répertoire des opérations conservatrices.

Sans aller jusqu'à l'opinion de COSTANTINI qui la préfère à la conservation associée d'un ovaire, nous pensons que, lorsque dans une salpingo-ovarite, on ne peut rien garder des annexes, il faut respecter l'utérus.

Jamais on n'aura à se repentir de l'avoir fait, en tout cas nous n'avons jamais vu d'échecs relevant de cette origine quand l'utérus a été bien fixé et bien péritonisé. Là aussi, à côté de l'opération, importe la façon de la faire.

CHAPITRE DEUXIÈME

POINTS DE TECHNIQUE VISANT A ÉVITER CERTAINS ÉCHECS

Quand on a fait un diagnostic précis, établi un bilan complet des lésions et choisi l'opération la mieux appropriée, on a déjà mis beaucoup de chances de son côté, mais encore faut-il que la technique ne laisse rien au hasard. Nous croyons que l'observation d'un certain nombre de points particuliers peut encore éliminer quelques-uns des insuccès de la chirurgie conservatrice. C'est à eux que nous attribuons la qualité de nos résultats. Ils n'ont rien de commun avec des tours de passe-passe, mais ils relèvent simplement de l'application méthodique de procédés qui sont à la portée de tous.

Nous avons déjà dit que prétendre éviter tous les échecs serait, dans le domaine des salpingo-ovarites où entrent tant d'éléments si variables, vouloir soutenir un paradoxe. Mais il y a échecs et échecs. Et, avant d'entreprendre la description purement technique des procédés en honneur à la Clinique, nous voudrions indiquer brièvement parmi les insuccès ceux qu'ils

visent à empêcher. Nous verrons comment notre technique s'attache précisément à supprimer leur cause provocante ou favorisante et remplit ainsi le but qu'elle se propose.

Les échecs qu'on ne peut éviter. — Celui qui pratique la conservation dans les salpingo-ovarites prend son parti, en laissant des organes encore malades et même des organes sains, d'y voir survenir ultérieurement des accidents qui ne seraient pas apparus s'il avait tout enlevé. Cette servitude de la chirurgie conservatrice a les dehors d'une vérité première et nous n'aurions pas l'occasion de la formuler si on ne trouvait dans la conservation des avantages qui la compensent largement. En fait, si certaines mesures ont une action très efficace contre la majorité des échecs, il faut avouer que ceux qu'on ne peut prévenir, grèvent encore le passif de la conservation : la récurrence sur l'autre annexe et la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire.

La récurrence sur l'autre annexe, tout comme l'apparition secondaire d'un myome utérin, n'est pas, à proprement parler, un échec. Si nous admettons, comme c'est le cas le plus souvent, qu'elle provient d'une réinoculation, elle n'est pas plus un échec de la chirurgie conservatrice qu'une atteinte secondaire du testicule opposé n'est un échec de la castration unilatérale dans la tuberculose épididymo-testiculaire. Il y a eu deux choses différentes dans le temps et parfois même dans la nature de l'infection : il était normal d'agir sur la première localisation, il eut été anormal de supprimer l'autre annexe dans le simple

but d'éviter une réinfection possible, mais non certaine. C'est bien le type de l'insuccès qu'on ne peut éviter et il n'est pas de technique là-contre.

La dégénérescence kystique de l'ovaire ou du greffon ne peut non plus être reprochée toujours au chirurgien. Évidemment, s'il a commis l'imprudence de laisser un ovaire trop infecté ou un fragment d'ovaire trop petit appelant la transformation kystique, sa responsabilité est certaine, mais il a l'excuse de ne pouvoir apprécier par la simple inspection la qualité de ce qu'il conserve. Cependant, il arrive que malgré une indication bien posée, l'ovaire dégénère quand même. Peut-on incriminer le chirurgien ? A l'heure actuelle, il persiste trop d'inconnues dans la pathogénie de cette complication pour qu'on puisse savoir la part exacte que prend tel ou tel facteur dans sa production. Une chose est sûre : c'est que d'une part on a vu des ovaires conservés fonctionner très longtemps sans accident et que d'autre part, des ovaires gardés dans les mêmes conditions anatomiques et techniques ont dégénéré. Il n'existe encore aucun moyen permettant de porter un pronostic à ce sujet. Il en découle qu'aucune méthode ne permet d'éviter la transformation kystique. Par contre, si on ne peut empêcher qu'il dégénère, on a dans une certaine mesure la faculté de prémunir la malade contre certains troubles. Une bonne technique ne permettrait-elle que d'éliminer les risques de chute dans le douglas, d'adhérences et par conséquent, de douleurs qu'elle mériterait de retenir toute l'attention du chirurgien. C'est tout ce que nous pouvons proposer.

Les échecs qu'on peut éviter. — Ne parlons pas de ceux qui résultent d'un diagnostic erroné, car il est évident que la clef du succès réside d'abord et avant tout dans une connaissance exacte de la maladie.

Dans le même domaine, certains proviennent d'un diagnostic insuffisant qui a laissé dans l'ombre une partie des lésions ou des troubles :

L'utérus atteint d'endométriose, d'un myome, d'un polype intracavitaire, persiste, s'il est conservé, à entretenir des phénomènes pathologiques qu'on aurait pu éviter par l'hystérectomie sus-isthmique.

La métrite du col provoque fréquemment des échecs qu'on peut mettre hors de cause par un traitement complémentaire approprié.

Les douleurs plexalgiques non plus ne cèdent pas à l'opération directe sur les lésions annexielles ; elles demandent à être traitées en même temps et l'insuccès sera écarté.

Les lésions de la portion interstitielle de la trompe doivent faire l'objet d'une exérèse soigneuse. Les méconnaître équivaut à une persistance des troubles douloureux alors qu'il est si facile, en faisant une salpingectomie plus complète, de guérir d'un seul coup la malade.

Tous ces éléments sont autant de cause d'échecs qu'on doit éliminer par une opération bien comprise. Lésions contemporaines de la salpingo-ovarite, leur traitement préventif fait partie intégrante de l'intervention même ou de ses suites immédiates. Pour les éviter, il suffit de les voir et d'en tenir compte. Il est

dans les moyens d'une opération conservatrice d'en préserver les malades qui se confient à nous.

Mais il est d'autres échecs que l'opération doit encore éviter. Ici, ils ne sont plus dus à des lésions contemporaines de l'annexite, mais la conséquence d'une technique non au point. LECÈNE aurait dit qu'ils sont « *la punition d'une faute de technique* ». N'est-ce pas là le terme qui convient exactement à la rétroversion secondaire, au prolapsus de l'ovaire, à certaines adhérences ?

Quand une malade, chez qui l'opération a montré un utérus bien en place, revient dans la suite pour une rétroversion fixée, la faute n'en est-elle pas au chirurgien ? Si de plus, l'ovaire laissé ou l'ovaire autrefois indemne est actuellement au fond du douglas et adhérent, n'est-ce pas parce qu'on ne lui a pas donné des moyens de soutien suffisants ? Si la laparotomie itérative montre des adhérences pariétales et pelviennes, causes de douleurs, n'est-ce pas parce qu'on a pas péritonisé avec assez de soin ? Autant de questions auxquelles nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative.

C'est pourquoi, même si le procédé opératoire approprié a été judicieusement choisi et correctement exécuté, il existe quelques points de détail qu'il est bon de mettre en œuvre tant dans la façon de conduire l'opération que de la terminer.

L'ANESTHÉSIE

Il n'est pas indifférent d'utiliser telle ou telle anesthésie pour opérer une annexite. Là plus que partout ailleurs il est nécessaire, et spécialement dans les formes aiguës suppurées, d'avoir le calme et le silence abdominal qui permettent de manipuler en toute sécurité les annexes peut-être septiques et d'ouvrir des collections purulentes. Rien n'est plus gênant au cours d'une telle intervention que l'agitation d'une malade qui se réveille au moment le plus critique et pousse ses anses grêles dans le foyer opératoire malgré le barrage de compresses. Seule la rachi-anesthésie réalise les conditions régulièrement favorables. Notre Maître l'utilise depuis toujours et n'a jamais observé d'accidents graves, toute chose égale naturellement du côté du cœur et de la tension artérielle. Les vomissements qui s'y observent ne sont jamais très ennuyeux ; on peut d'ailleurs, si besoin est, assoupir passagèrement la malade avec un peu du mélange de Schleich donné goutte à goutte.

L'INCISION

Dans l'immense majorité des cas, nous utilisons l'incision de Pfannenstiel basse tracée à quelques millimètres du bord supérieur du pubis. Si elle a l'inconvénient d'être un peu plus hémorragique et de nécessiter, par conséquent, une hémostase soigneuse, elle

donne une paroi plus solide et une cicatrice absolument invisible cachée par la repousse des poils. Il est certain qu'on ne voit pas après cette incision les petites éventrations que favorise la médiane sous-ombilicale et qui sont cause de douleurs persistantes. Mis à part ces avantages d'esthétique et de solidité qu'elle a dans toutes les opérations gynécologiques, nous pensons qu'elle ne mérite pas le discrédit que certains lui attachent comme voie d'abord des affections inflammatoires.

Elle n'a pas, en effet, les inconvénients qu'on lui reproche :

Quoique nous en admettions l'existence, nous n'avons presque jamais vu ces hématomes profonds qui seraient si longs à guérir, pas plus souvent que l'infection des plans profonds qui relève d'ailleurs de la suppuration d'une collection hématique. Il suffit de prendre toutes les précautions de rigueur concernant l'hémostase du plan musculaire et d'éviter tout contact des pièces opératoires avec la tranche de la laparotomie.

Elle donne un jour largement suffisant sur les lésions même étendues du pelvis. Jamais nous n'avons eu l'impression d'être gêné par l'exigüité de la voie d'abord. On sait du reste combien, dans un autre domaine, on peut faire passer de gros fibromes par une incision de Pfannenstiel à condition d'en avoir l'habitude.

Elle a des avantages certains :

Jointe à la rachi-anesthésie et à la position accentuée de Trendelenburg, elle limite l'abord stricte-

ment au petit bassin et exclut ainsi du champ opératoire la grande cavité péritonéale. Les anses grêles n'ont aucune tendance à franchir le défilé entre la saillie du promontoire et l'incision pariétale. On peut opérer ainsi en toute sécurité. Par contre, même basse, l'incision de Pfannenstiel ne gêne pas pour aller chercher le cœcum en vue de l'appendicectomie complémentaire ni pour l'abord du nerf pré-sacré qui se trouve situé juste à ce niveau.

Dans la plupart des cas, on peut pratiquer une fermeture totale et immédiate de la paroi. Quand nous craignons qu'elle n'ait été contaminée, plutôt que de laisser un drain sous la peau, nous préférons laisser le tissu cellulaire ouvert en nous réservant de poser les agrafes 48 heures après. De cette façon, nous avons su prévenir les infections graves et les désunions secondaires ; la cicatrice qui en résulte donne toutes satisfactions esthétiques.

Nous utilisons l'incision de Pfannenstiel même dans les annexites suppurées et ce n'est que dans des cas rarissimes, devant une infection particulièrement sévère, que, envisageant la nécessité probable de drainer, nous faisons une incision longitudinale.

LA PROTECTION

Notre Maître se dispense presque toujours de cloisonner le champ opératoire ainsi que le font la plupart des chirurgiens. Nous avons expliqué plus haut quel désagrément nous paraissait avoir ce cloisonne-

ment pratiqué à l'aide de champs de toile et de compresses qu'on introduit à frottement dur dans le ventre et les fosses iliaques : il est probable que le traumatisme du fragile épithélium péritonéal favorise la production de ces adhérences pariétales qu'on observe si souvent au cours des réinterventions. Mais, c'est l'évidence même, ceci n'est possible que si on remplace l'ordinaire protection par des conditions de silence abdominal comparables ou des précautions concernant la diffusion de l'infection. C'est précisément à ce titre que sont utiles la rachi-anesthésie et la laparotomie basse. Quant aux risques de diffusion, ils sont la plupart du temps inexistants du fait de la stérilité des liquides annexiels ou bien réduits par l'aspiration du pus tubaire ou péritonéal avec l'aspirateur de Villard.

Reconnaissons d'ailleurs que, dans les formes chaudes, nous ne suivons pas cette idée jusqu'au paradoxe et que nous nous protégeons avec quelques compresses de gaze placées pour exclure le grand péritoine avant de libérer et d'attirer les annexes suppurées.

PRÉCAUTIONS

AU COURS D'UNE SALPINGECTOMIE

Si l'on n'y prend pas garde, on risque bien, en faisant une salpingectomie, de la faire incomplète et de laisser en place la portion toute interne de la trompe qui, bien souvent, est malade. C'est pourquoi il faut

s'attacher à enlever la trompe en totalité y compris sa portion intra-murale. Le plus simple est de pratiquer un évidement de la corne utérine. Ici, peu importe la technique même, pourvu que toute la trompe soit enlevée ; la prétendue métrite du fond guérira du même coup.

Mais il faut savoir que les lésions de la corne utérine ne sont pas toujours très apparentes et qu'elles peuvent fort bien échapper à un examen rapidement passé : extérieurement, rien ne traduit leur présence, ni altération péritonéale, ni, souvent, modification de l'aspect. Il faut palper attentivement la corne utérine ce qui permettra de sentir, tranchant sur la consistance ferme et souple du muscle utérin, une petite zone indurée, signature de lésions minimales de salpingite nodulaire. Même très réduite, cette atteinte résiduelle de la trompe intra-murale peut suffire à expliquer les troubles persistants, bien mieux que la métrite du fond qui n'existe que temporairement quand elle existe. Il ne faut du reste pas confondre ces lésions inflammatoires de la corne avec un adénomyome, lequel se traduit, en général, sous son aspect caractéristique de renflement olivaire de la corne, s'étendant plus ou moins loin sur l'isthme tubulaire.

Une fois reconnues, ces lésions de salpingite interstitielle, le mieux est de commencer par l'évidement de la corne et de faire, par conséquent, une salpingectomie rétrograde suivant la technique banale. Elle offre l'avantage, en permettant d'attirer la trompe à soi, de tendre le méso-salpinx et de faciliter ainsi l'hémostase en liant les vaisseaux au ras de la

trompe au fur et à mesure qu'ils sont coupés. Deux points au catgut serti sutureront la corne utérine évidée et en feront l'hémostase.

LA FIXATION UTÉRINE. — LA FIXATION OVARIIENNE. — LA PÉRITONISATION

Lorsque les organes irrémédiablement atteints ont été enlevés, parfois grâce à des manœuvres laborieuses, l'opération est loin d'être terminée. Il reste, par exemple, l'utérus qu'on a débarrassé de la gangue inflammatoire qui l'enserrait et qui sort de l'intervention cruenté sur sa face postérieure, ballant, marquant une invincible tendance à tomber en arrière. Il reste un ovaire ou une annexe que la mobilité de l'utérus risque d'entraîner et qui, de leur propre poids, menacent de glisser dans le cul-de-sac de Douglas, couplant ainsi la trompe et tirant sur le pédicule lombo-ovarien. Il reste enfin un cul-de-sac de Douglas dépéritonisé, couvert d'exsudats, de débris adhérents de toute sorte, saignant de façon diffuse. Il est évident que laisser le pelvis dans cet état équivaut à de nouveaux désordres. Pour les éviter, il faut, d'une part, fixer l'utérus, d'autre part, empêcher l'annexe ou l'ovaire restant de venir dans cette zone malade, péritoniser enfin cette large surface dépouillée. Or, que permettent d'espérer les procédés ordinairement utilisés ?

Pour fixer l'utérus en antéversion, l'opération de

Doleris n'est applicable qu'à un petit nombre de cas : ceux des salpingo-ovarites à infection très discrète ou opérées à leur phase chronique car, mis en œuvre dans les annexites chaudes ou mal refroidies, le péritoine du ligament rond, toujours infecté, risque d'ensemencer la paroi sans compter que le ligament lui-même peut conduire l'infection. Le raccourcissement intra-péritonéal du ligament rond donne des résultats infidèles. Quant à l'opération de Baldy ou de Dartigues, elle apparaît un peu complexe et rencontre des conditions défavorables du fait de l'absence d'une ou des deux trompes. Notre Maître qui l'utilisait au début reconnut vite son inefficacité.

Pour soutenir l'ovaire respecté, on est encore plus embarrassé. Et pourtant, nous insistons sur la nécessité d'empêcher à tout prix le prolapsus secondaire de l'ovaire qui ira contracter des adhérences pelviennes et deviendra atrocement douloureux. On ne peut se servir pour le suspendre du ligament infundibulopelvien qui contient ses vaisseaux et ses nerfs. Il ne reste qu'une solution qui est de lui constituer une sorte de plancher sur lequel il reposera et qui le maintiendra en situation élevée. Cela est mieux que de fixer, comme le fait RUPP, l'ovaire en dehors de la cavité abdominale.

Pour péritoniser le champ opératoire, la péritonisation haute nous paraît condamnable, car elle crée une vaste cavité close qui favorisera probablement l'apparition de collections séro-hématiques pelviennes qui, sans doute, s'infecteront. La péritonisation basse

est notoirement insuffisante car, ne fermant que le paramètre, elle n'intéresse nullement le douglas.

En réalité, une bonne utilisation du péritoine pelvien permet d'atteindre ces objectifs différents. Point n'est besoin de s'évertuer à fixer d'une part l'utérus et l'annexe et ensuite à couvrir de péritoine toutes les surfaces cruentées. Tout ceci peut se faire dans le même temps et, croyons-nous, avec des résultats bien meilleurs. C'est pour cette raison que nous avons réuni ces différents gestes dans le même chapitre.

Voici, brièvement, en quoi consiste notre technique : couverture de l'utérus avec le péritoine vésical, adossement du péritoine rectal et de la face postérieure de l'utérus, suture du côlon sigmoïde au paramètre et au fond utérin à gauche, fermeture de la gouttière lombo-psoïque à droite.

1^o Couverture et fixation de l'utérus.

Nous utilisons le procédé de Pestalozza qui consiste, comme on le sait, à recouvrir d'un vaste lambeau du péritoine vésical l'utérus basculé en avant. Après avoir incisé au ciseau le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, on le décolle au tampon, ce qui est très facilement fait grâce à la présence d'un tissu cellulaire très lâche, et on insinue l'utérus dans l'espace ainsi créé. On est toujours étonné des dimensions du lambeau ainsi obtenu. Il est toujours assez étendu pour recouvrir le fond et la face postérieure de l'utérus. On le suture en arrière aux ligaments utéro-sacrés et,

si besoin est, sur les côtés, au péritoine restant du ligament large. Ce procédé a deux avantages : il péritonise très largement à l'aide d'un péritoine généralement sain ; il fixe l'utérus en antéversion et, couché sur le dôme vésical, ce dernier n'a aucune tendance à retomber en arrière.

Le procédé de Pestalozza est très efficace. Depuis qu'il est régulièrement utilisé à la Clinique, nous n'avons jamais vu de rétroversion secondaire de l'utérus ni d'adhérences importantes au pelvis.

Nous avons entendu, autour de nous, qu'on lui faisait plusieurs reproches qui sont, en fait, injustifiés.

Le premier qui vient à l'esprit et que nous avons fait personnellement est qu'il risque d'infecter le tissu cellulaire sous-péritonéal. Effectivement, il n'est autre chose qu'une mise hors du péritoine, dans le tissu cellulaire, d'un utérus peut-être extérieurement infecté. A première vue, l'argument a du poids. Mais nous pouvons répondre que jamais, sur plusieurs centaines de malades où ce procédé a été mis en œuvre, il n'a été observé de semblable complication. Connaisant les dangers d'une propagation infectieuse au tissu cellulaire sous-péritonéal, notre Maître ne cache pas que de tels accidents lui auraient fait abandonner la méthode. Une expérience négative portant sur un si grand nombre de malades est tout de même une réponse qui a sa valeur.

Plus d'un chirurgien redoute également les troubles vésicaux qu'entraînerait un décubitus appuyé de l'utérus sur la vessie. En réalité, jamais aucune de nos

malades n'a accusé le plus petit trouble urinaire : pas plus de pollakiurie que de cystalgie qui puissent être rattachées à cette cause.

On a dit, également, que le fait d'enfouir l'utérus sous le péritoine vésical pourrait ultérieurement gêner lors d'une opération devenue nécessaire sur la matrice. Nous avons eu, personnellement, l'occasion d'assister un jour à une hystérectomie faite chez une malade porteuse de Pestalozza. Il s'agissait précisément de la malade dont l'observation figure dans ce travail comme type de dégénérescence kystique du greffon. Le péritoine était parfaitement net, l'utérus était bien en place, le plan de clivage fut très facilement retrouvé et l'hystérectomie se passa le plus simplement du monde.

Il ne semble pas non plus que le Pestalozza soit un obstacle au développement d'une grossesse. Nous n'en avons pas recherché les cas dans les salpingo-ovarites, mais nous en pouvons juger d'après ce qui se passe dans les grossesses après myomectomie. Lorsque l'utérus apparaît très délabré après l'ablation de myomes multiples, notre Maître utilise ce procédé pour le péritoniser. Dans les nombreuses grossesses qui sont survenues par la suite, jamais il n'y eut d'incidents ; l'involution utérine se fit normalement et la matrice resta toujours bien fixée.

2^o Péritonisation du cul-de-sac de Douglas.

Que le cul-de-sac de Douglas ait contenu une annexe prolabée, un pyosalpinx ou une poche de pelvi-

péritonite, il se montre en fin d'opération largement dépouillé de son péritoine et suintant. Il importe d'abord d'en faire l'hémostase pour éviter que ne se constitue une collection qu'on serait obligé d'ouvrir par colpotomie. On sait que cette hémostase n'est pas toujours facile. Il faut également le péritoniser pour empêcher que les anses grêles ne viennent y contracter les adhérences génératrices d'occlusion. Le plus simple est de suturer la face antérieure du rectum à la face postérieure de l'utérus. Souvent même peut-on atteindre à ce niveau le lambeau du péritoine vésical qui recouvre l'utérus. Pour peu qu'on ait pratiqué une hémostase suffisante, complétée d'ailleurs par l'accolement artificiellement réalisé entre les surfaces cruentées, on a supprimé du même coup toute cavité close sous la suture péritonéale où pourrait s'amasser une collection sanguine et la cause même d'un suintement hématique. La péritonisation obtenue de cette façon est très satisfaisante car elle exclut effectivement toutes les surfaces cruentées. De plus, elle équivaut à un véritable cloisonnement du Douglas ; le point déclive du pelvis est supprimé, il est remplacé par un plan horizontal sur lequel viendront reposer l'annexe ou l'ovaire conservé. Mais il reste à combler les deux gouttières latérales du pelvis.

3^o Fermeture des gouttières latérales.

A gauche, il est facile d'amener le côlon sigmoïde au contact de la tranche liée ou suturée du paramètre

et de l'y fixer par quelques points, ainsi qu'au lambeau péritonéal qui coiffe le fond de l'utérus.

A droite persiste la gouttière lombo-psoïque qu'on néglige trop souvent de combler. Il faut au contraire prendre grand soin de la fermer avec quelques points séro-séreux au fil de lin. Chacun connaît des exemples d'occlusion intestinale dus au fait qu'une grêle est venue se glisser dans cette gouttière. Il est nécessaire d'éviter cette complication et de supprimer toute communication entre le grand ventre et le petit bassin.

Lorsqu'on utilise cette péritonisation, il faut toujours, tant à droite qu'à gauche, maintenir les annexes conservées au-dessus du champ d'exclusion. Nous pensons que la plus mauvaise façon d'agir est de les placer au-dessous dans la crainte que, maintenues dans le grand ventre, ces annexes encore malades n'appellent des adhérences intestinales. Certes, sous le champ d'exclusion, elles ne risquent pas de le faire, mais elles sont vouées fatalement à une symphyse qui engendrera les troubles d'ovulation, des douleurs et peut-être provoquera une dégénérescence kystique. Leur situation au-dessus du plancher péritonéal opératoirement créé n'offre aucun danger et les place dans les meilleures conditions mécaniques et circulatoires.

Jamais notre Maître n'a vu de collections hématiques se constituer sous cette exclusion péritonéale. Il est donc absolument superflu de faire la colpotomie préventive que certains préconisaient et qui, loin de rendre service, ne comporte que des inconvénients.

Si jamais il s'en formait une, rien ne serait plus facile d'ailleurs que de l'évacuer par une petite incision vaginale. Du reste nous n'avons jamais eu à le faire.

LE DRAINAGE

L'évolution de nos principes techniques, une expérience chaque jour plus grande, nous ont permis d'éliminer pratiquement tout drainage dans la chirurgie conservatrice pour affections inflammatoires des annexes.

Jamais nous ne drainons le douglas comme le recommandaient MOLIN et CONDAMIN. Mis à part le fait qu'il peut en résulter des troubles douloureux du côté de la cicatrice vaginale, le meilleur argument contre cette pratique réside dans son inutilité. Si on a pris soin d'assurer une hémostase parfaite et de bien exclure le foyer opératoire par une péritonisation méticuleuse, le drainage perd toutes ses raisons d'être. En ce qui nous concerne nous n'avons jamais observé de collection pelvienne qui nous oblige à une colpotomie secondaire : pas plus d'ailleurs que de péritonite ou d'occlusion post-opératoire.

Le drainage abdominal par un drain sus pubien est à déconseiller. On connaît les accidents occlusifs dont il peut être à l'origine. Pour ce qui est de son efficacité elle nous paraît discutable puisque nous ne l'utilisons pas et que nous n'avons jamais eu à nous en repentir.

Il ne reste en fait que le drainage par sac de Mickulicz qui puisse trouver quelquefois ses indications.

Elles sont très rares. Elles se résument à très peu de choses :

Annexite grave, haut située par exemple, avec lésions péritonéales très étendues en hauteur, chez une femme jeune qu'on ne veut pas castrer : on peut laisser un sac de Mickulicz après avoir fait sur les annexes malades l'exérèse localisée qui s'imposait.

On peut rapprocher de ces cas celui de la péritonite aiguë par rupture de pyosalpinx où l'on draine largement après ablation de la trompe rompue ; de même aussi le cas de la pelvi-péritonite aiguë dont l'origine annexielle n'a pas été reconnue et où on est intervenu de peur de laisser passer une appendicite aiguë ou une péritonite par perforation ; la cause reconnue, on se contente souvent, sans aucun geste sur la trompe, de laisser derrière l'utérus un lit de compresses. Mais encore une fois ce ne sont là que des indications exceptionnelles.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

La période post opératoire est d'autant plus importante qu'on est intervenu sur une salpingo-ovarite en évolution. En excisant les parties gravement compromises on a mis les autres en état de guérir plus vite et mieux, mais elles ne sont pas guéries pour autant. C'est pourquoi on aura tout intérêt à laisser ces malades le plus longtemps possible au lit. Il n'est pas question ici de lever précoce pour éviter les thromboses veineuses qui ne sont en effet pas particuliè-

rement fréquentes après les opérations pour affection inflammatoire des annexes. Au contraire il faut imposer le lever tardif, après trois semaines, qui a pour but de favoriser la résolution du processus phlegmoneux dont le tissu cellulaire pelvien peut être le siège et la guérison de l'inflammation résiduelle des parties restantes. Après l'opération, les malades acceptent beaucoup plus volontiers de rester couchées quinze jours de plus. Ce sont souvent les quinze jours dont elles ont besoin pour achever leur guérison.

De même il faudra toujours s'assurer, avant qu'elles ne quittent le service, qu'elles ne présentent pas une métrite du col qui pourrait être la source d'accidents ultérieurs. Si oui, il sera nécessaire de s'en occuper d'emblée et de leur commencer sur-le-champ une série de séances d'électrocoagulation. Pratiquée à ce moment cette thérapeutique n'offre plus aucun inconvénient : elle ne risque plus en effet de provoquer de poussées inflammatoires annexielles puisque l'opération a mis bon ordre aux lésions anatomiques. Si une seule application est insuffisante la malade sera convoquée à nouveau quelques semaines après.

D'une façon générale, on aura toujours intérêt à revoir régulièrement les opérées pour être à même, s'il persiste des troubles ovariens par exemple, d'instituer un traitement hormonal au moment voulu qui aura d'autant plus d'efficacité qu'il sera plus précoce.

CONCLUSIONS

1^o Parmi les échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes, il en est qu'on doit éviter et d'autres contre lesquels il est impossible de se prémunir à coup sûr.

2^o On doit éviter :

— Ceux qui proviennent d'une erreur de diagnostic.

Le cas n'est pas rare ;

— Ceux qui résultent d'une indication insuffisante :

négligence de la métrite cervicale,

méconnaissance des douleurs plexalgiques,

exérèse trop économique sur une tuberculose non reconnue ;

— Ceux qui découlent d'une faute de technique :

adhérences pelviennes et pariétales,

rétroversion secondaire de l'utérus,

prolapsus et adhérences de l'ovaire dans le pelvis.

3^o On ne peut éviter :

— La dégénérescence kystique de l'ovaire laissé *in situ*, du fragment greffé en situation ectopique et de débris restés adhérents après castration bilatérale. Elle représente l'échec le plus fréquent. Sa

pathogénie encore mystérieuse la met au-dessus du traitement préventif. Elle survient de façon imprévisible et nécessite le plus souvent une castration sèche ou une exérèse chirurgicale. Il faut néanmoins continuer à conserver l'ovaire toutes les fois qu'on le peut. La conservation sur place est toujours préférable à la greffe ;

— La récidive sur l'autre annexe qui est presque toujours le fait d'une réinfection doit à peine être considérée comme un échec de la chirurgie conservatrice.

4° Dans la liste des opérations conservatrices, nous en déconseillons quelques-unes parce qu'inutiles ou exposant plus particulièrement à des échecs ; nous recommandons les autres parce qu'exactement appropriées au but qu'on se propose. Mais il faut d'abord bien poser ses indications en tenant compte à la fois des lésions anatomiques et des signes fonctionnels.

5° La technique même a une grosse importance. On s'efforcera de réaliser une bonne péritonisation en suivant un procédé qui évite à coup sûr les adhérences et fournit à l'utérus et à l'annexe respectée, des moyens de fixité très efficaces.

Il est exceptionnel qu'on soit amené à faire le drainage du petit bassin.

6° Ces principes nous permettent actuellement, à la Clinique Gynécologique de M. le Professeur COTTE, de faire bénéficier de la chirurgie conservatrice 95 % des malades atteintes d'affections inflammatoires des annexes rebelles aux moyens médicaux. La mortalité est nulle et nous n'avons jamais noté ni occlusion

post-opératoire ni abcès résiduels. Nous avons su, de cette façon, éliminer la majeure partie des échecs de la chirurgie conservatrice.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. COTTE.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 8 février 1939.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Il est impossible de lire tout ce qui a été écrit sur les infections inflammatoires des annexes. Très peu d'auteurs ont traité des échecs de cette chirurgie. Nous n'avons pris connaissance, mis à part quelques mémoires fondamentaux, que des publications postérieures à 1924.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

INDICATIONS GÉNÉRALES. — RÉSULTATS.

ABADIE. Les méthodes conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. *Maroc médical*, N° 78, 15 juin 1928.

ALDRIDGE. An analysis of operative results in 1066 cases of salpingitis. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. XIX, N° 3, mars 1930.

BADOLLE. Péritonite streptococcique consécutive à une laparotomie itérative pour intervention sur les annexes. *La Loire Médicale*, an. 50, N° 6, juin 1936.

BACHY. Traitement des salpingites. *Soc. Nat. Chir.*, (1) 25 janv. 1933.

BENTHIN. Operations — und Dauerresultate bei operativer Behandlung chronischer Adnexentzündungen. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. 60, N° 41, 10 octobre 1936.

(1) Soc. Nat. Chir. : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*.

- BLOCH et MAYER. Quand et comment opérer les salpingites? *Revue médicale française*, an. XI, N° 8, novembre 1930.
- BORDIER. *Contribution à l'étude du retentissement urétéral possible de certaines interventions principalement gynécologiques*. Th. Paris, 1931.
- BUCURA. Zur Operation entzündlicher Adnexerkrankungen. *Wiener klin. Wochenschr.*, an. XLI, N° 44, 1^{er} novembre 1928.
- CARRINGTON. Incomplete bipartite uterus with unilateral hematocolpos and salpingitis. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. XXV, N° 5, mai 1933.
- CONDAMIN. Considérations générales sur le traitement conservateur de certaines salpingites. *Lyon médical*, t. CXXXIX, N° 27, 3 juillet 1927.
- CONDAMIN. Contribution à l'étude des douleurs pelviennes en gynécologie. Essai de pathogénie. *Lyon médical*, N° 12, 20 mai 1927.
- CONDAMIN. *Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle*, Th. Lyon, 1928-29.
- CONRAD. Die operative Behandlung der entzündlicher Adnextumoren. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LII, N° 45, 10 novembre 1928.
- COTTE. *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*. 1 vol. Masson, éd., 1931.
- COTTE. Réflexions sur certains échecs de la chirurgie conservatrice des annexes. *Paris médical*, an. XXVIII, N° 51, 17 décembre 1938.
- COTTE. Sur les possibilités actuelles de la chirurgie conservatrice dans le traitement des salpingo-ovarites. *Gyn. et Obst.*, 1924, t. I.
- DANIEL, MAVRODIN et WANEFF. La perméabilité tubaire dans les annexites. *La Gynécologie*, an. XXXVII, janv. 1938.

- FARR et FINDLAY. Salpingitis. A detailed analysis on the study of five hundred forty-five cases. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. XLIX, N° 5, novembre 1929.
- FOLKE HOLTZ. Des résultats du traitement conservateur et du traitement opératoire dans la phase chronique des salpingo-ovarites. *Progrès médical*, N° 38, 19 septembre 1925.
- FORGUE. Opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. *Paris médical*, an. XVI, N° 25, 19 juin 1926.
- FORGUE. La douleur des viscères. *Gazette des Hôpitaux*, oct.-nov. 1926, p. 1429.
- FORGUE et GRYENFELT. Le processus d'oblitération de l'orifice abdominal des trompes dans les salpingites. *Paris médical*, an. XIV, N° 25, 21 juin 1924.
- HALTER. Zur operativen Therapie chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LIX, N° 6, 9 février 1935.
- HÜBSCHER. Über die Häufigkeit von Konzeptionen nach Konservierend - operativer und Konservativer Behandlung der Adnexenentzündungen. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LVII, N° 35, sept. 1933.
- KRAATZ. Postoperative Beschwerden als Fehldiagnose. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LXII, 2 juillet 1938.
- LABRY. *Les opérations conservatrices dans les annexites bilatérales*. Th. Lyon, 1926.
- LASCH. Gravidität nach doppelseitiger Tubenexstirpation. *Münchener Med. Woch.*, an. LXXI, N° 17, 25 avril 1924.
- LEVEUF. La restauration de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitération des trompes. *Arch. franco-belges de chir.*, an. XXXIII, N° 10, oct. 1932, et *S. Nat. Chir.*, 3 février 1932.

Discussions. METIVET. *Soc. Nat. Chir.*, 13 févr. 1932.

BROCQ. *Soc. Nat. Chir.*, 6 avril 1932.

MOCQUOT. *Soc. Nat. Chir.*, 13 avril 1932.

SCHWARTZ. *Soc. Nat. Chir.*, 27 avril 1932.

MARTIN. Indication des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique non tuberculeuse. *Revue française de Gyn. et Obst.*, an. XXVI, N° 9, septembre 1931.

MAYER. Zur operativen Behandlung entzündlicher Adnexeerkrankungen. *Wiener Med. Wochenschr.*, an LXXXII, N° 40, octobre 1932.

METZ. Zur Technik der operativen Adnexbehandlung. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LX, N° 33, 15 août 1936.

MOCQUOT et DE ROUVILLE. Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. *Congrès de chir.*, 1926. (*Rapport.*)

MOLIN et CONDAMIN. Résultats éloignés des opérations conservatrices pour salpingite. Considérations sur la cause et le traitement des insuccès. *Gyn. et Obst.*, t. XVII, N° 3, mars 1928.

OLIVIER. *Le traitement chirurgical de la tuberculose annextielle. Les résultats éloignés.* Th. Lyon, 1911-12.

PINTO. *Du rétablissement chirurgical de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitération des trompes.* Th. Paris, 1931.

RIVOIRE. *Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.* 1 vol. Masson, éd., 1937.

ROUFFART. La chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes. *Le Scalpel*, an. LXXX, N° 43, 22 octobre 1927.

SAMPSON. Endometriosis following salpingectomy. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, an XVI, N° 4, octobre 1928.

SAMPSON. Post salpingectomy endometriosis. (Endosalpingiosis). *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. XX, N° 4, octobre 1930.

- SCHEFFZEK. Wann sollen entzündliche Adnextumoren operiert, wann konservativ behandelt werden ? *Münchener Med. Wochenschr.* an. LXXXIII, N° 15, 10 avril 1936.
- SCHLEYER. Zur Ätiologie und Lokalisation der Adnexitis und Parametritis. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LXII, N° 11, 12 mars 1938.
- STUDDIFORD, CASPER et SCADRON. — The persistence of gonococcal infection in the adnexa. *Surg. Gyn. and Obst.* vol. LXVII, N° 2, août 1938.
- SZTEHLO. Über die chirurgische Behandlung der eitrigen Adnextumoren. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LII, N° 35, 1^{er} Sept. 1928.
- TE LINDE et DARNER. End-results in conservative and radical ovarian surgery. *The Journ. of American med. Assoc.*, vol. XC, N° 4, 28 janv. 1928.
- VAN ROOY. Methodes et résultats des opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. *Congrès franç. de chir.*, 1926. (Discussion).
- VIGNES. Chirurgie conservatrice de la salpingite. *Progrès médical*, N° 32, 6 août 1932.
- VILLARD et SERBU. Cas de grossesse observés après les opérations conservatrices faites sur les annexes. *Gyn. et Obst.*, t. XXXI, N° 6, juin 1935.
- VIOLET. Les indications des opérations conservatrices dans la chirurgie annexielle. *La Gynécologie*, an. XXV, nov. 1926.
- WALTHER. Résultats éloignés des opérations conservatrices dans la chirurgie des annexes de l'utérus. *Journ. de Méd. et de Chir. pratique*, t. XCIII, 11^e cahier, 1922.
- WESSEL. Résultats du traitement des lésions inflammatoires des annexes. *Congrès franç. de chir.*, 1926. (Discussion).

WODON. Résultats de quelques salpingectomies bilatérales pour inflammation génitale. *Bruxelles médical*, an. XIII, N° 2, 13 Novembre 1932.

YOUNG et Mac GREGOR. Treatment of salpingitis. *The British medical Journal*, N° 3729, 18 juin 1932.

OVARITES KYSTIQUES

CASTANO. Varicoçèle pelvien et ovarite scléro-kystique.. *Gyn. et Obst.*, t. XXX, juillet 1934.

CASTANO et INTROZZI. Nouveau procédé chirurgical pour le traitement de l'ovarite scléro-kystique. *Gyn. et Obst.*, t. XXII, N° 4, octobre 1930.

CONDAMIN. Essai de pathogénie des ovarites scléro-kystiques, ses relations étiologiques avec la douglassite. *Lyon médical*, an. LXI, N° 49, 8 décembre 1929.

COTTE et MATHIEU. Sur quelques cas d'ovarites non suppurées consécutives à la puerpéralité. *Gyn. et Obst.*, t. XXIX, N° 4, avril 1934.

COTTE. Sur le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. *Lyon chirurgical*, t. XXII, N° 2, mars-avril 1925.

COTTE et M^{lle} PALLOT. Qu'est-ce que l'ovarite scléro-kystique ? *Presse médicale*, N° 11, 7 fév. 1934

DAVIDSON. Ovarian conditions as causes of pelvic pain. *The British medical journal*, N° 3848, 6 octobre 1934.

HENKEL. Die Behandlung der durch Funktionsstörung der Eierstöcke bedingten uterinen Blutungen durch Resektion und Drosselung der Ovarien. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. L, N° 14, 3 avril 1926.

KRAUL. Das kleincystische Ovar. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LX, N° 1, 4 janv. 1936.

KRAUS. Zur Genese der kleincystischen Degeneration der Ovarien. *Arch. f. Gyn.*, vol. CLII, fasc. 2, 21 janvier 1933.

- LELTCHUK. Über die partielle Resektion der Eierstockes.
Arch. f. Gyn., vol. CL, fasc. 3, 20 septembre 1932.
- LIPSCHÜTZ. Hyperplasie expérimentale de l'endomètre avec prolifération atypique de l'épithélium utérin après des interventions ovariennes. *Gyn. et Obst.*, t. XXXVI, N° 5, nov. 1937, N° 6, déc. 1937.
- MOULONGUET. Étude histo-physiologique des ovarites kystiques. *Ann. d'anatomo-pathologique médico-chirurgicale*, t. V, N° 6, juin 1928.
- SAMSOEN. Ovaire scléro-kystique et appendicite. *Echo médical du Nord*, an. XXXVIII, N° 27, 7 juillet 1935.
- SCEMLA. Ovarite scléro-kystique traitée par la résection partielle des ovaires. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 4 fév. 1935.

OVARITES SUPPURÉES

- CHOME. *Abcès non puerpéraux de l'ovaire et abcès du corps jaune*. Th. Paris, 1919.
- DELORD. *Contribution à l'étude des abcès de l'ovaire*. Th. Paris 1935.
- DEMARD. *Les ovarites suppurées puerpérales*. Th. Lyon, 1934.
- GAUDARD D'ALLAINES. Abcès du corps jaune rompu en péritoine libre : péritonite à pneumocoques. *Soc. Nat. Chir.*, 11 décembre 1929.
- KAHR. Zur Kenntnis der Ovarialabszesse. *Wiener Klin. Woch.*, an. LXXXVIII, N° 1, 1^{er} janv. 1938.
- MOULONGUET et DOBKEVITCH. Les lésions inflammatoires de l'ovaire, in *Les diagnostics anatomo-cliniques de Lecène*.
- PAUCOT. Abcès lutéiniques de l'ovaire. *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, t. XVII, N° 4, 1928.
- TRILLAT, MICHON et DARGENT. Les ovarites suppurées puerpérales. *Gyn. et Obst.*, t. XXXII, N° 2, août 1935.

DÉGÉNÉRESCENCE DE DÉBRIS OVARIENS RÉSIDUELS

- BOROS. *Formations résiduelles consécutives aux hystérectomies et aux castrations totales.* Th. Paris, 1937.
- BROCQ et DUPEUX. Formation ovarienne développée dans le petit bassin, à la suite d'une hystérectomie. Exérèse : récidence ; guérison par roëntgenthérapie. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 6 juin 1932.
- COUINGT et ROCHE. Accidents douloureux au niveau d'un fragment d'ovaire restant après hystérectomie. Radiothérapie : guérison. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 3 Déc. 1934.
- FIOLLE, HAYEM et BOURDE. Pseudo-tumeurs des culs-de-sacs latéraux après ablation des annexes. *Soc. Nat-Chir.*, 26 juin 1929.
- GILLET. Dégénérescence kystique itérative de débris ovariens après castration totale. *Revue franç. de Gyn. et Obst.*, 10 et 25 janvier 1925.
- TOURNEUX. Kyste ovarien chez une hystérectomisée. *Toulouse médical*, an. XXXIV, N° 21, 1^{er} novembre 1933.

CONSERVATION OVARIENNE.

- ASCHNER. Über das spätere Befinden von Frauen nach Uterus-exstirpation mit Erhaltung der ovarien. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LIII, N° 31, 3 août 1929.
- BARON. *De la conservation ovarienne dans les hystérectomies et ses résultats.* Th. Paris, 1931.
- COHEN-SOLAL. *La conservation ovarienne dans l'hystérectomie.* Th. Alger, 1938.
- DOUAY (A.). *Chirurgie conservatrice en gynécologie.* Th. Paris, 1938.

- DOUAY. La conservation des ovaires. *Soc. Nat. Chir.*, 23 fév. 1938.
- FEREY. Conservation des ovaires. *Soc. Nat. Chir.*, 23 mars 1938.
- FEREY. La conservation des ovaires dans les hystérectomies. Technique, indications, résultats. *Ann. médico-chirur.*, t. II, N° 3, mars 1937.
- FREDET. De la conservation des ovaires sains au cours des hystérectomies. *Soc. Nat. Chir.*, 6 mai 1936.
- JOYEUX. Les conditions de la chirurgie conservatrice en gynécologie. Le rôle de la vascularisation de l'ovaire. *Montpellier Médical*, an. LXXXI, t. 13, N° 1, janv. 1938.
- MASSABUAU, GUIBAL et JOYEUX. A propos de la greffe ovarienne. Les conditions anatomiques de la conservation de l'ovaire *in situ*. Irrigation de l'ovaire. *La Gynécologie*, an. XXXV, août 1936.
- MOCQUOT. Conservation ovarienne après hystérectomie. *Soc. Nat. Chir.*, 16 février 1938.
- MOCQUOT et ROUVILLOIS. La vascularisation artérielle de l'ovaire étudiée du point de vue de la chirurgie conservatrice. *Journal de Chirurgie*, t. II, N° 2, Février 1938.
- ROUHIER. La conservation des ovaires chez les hystérectomisées. Son importance, ses limites, conditions techniques de sa réalisation. *Soc. Nat. Chir.*, 9 février 1938.

CONSERVATION DE L'UTÉRUS SEUL

- M^{lle} GELLIÈRE. Hormones utérines. Th. Lyon, 1937.
- COSTANTINI. Pour la conservation de l'utérus après salpingo-ovariectomie bilatérale. *Presse médicale*, an. XLII, N° 89, 7 novembre 1934.

COSTANTINI et M^{lle} BRIGNOL. Résultats de la conservation de l'utérus dans le traitement opératoire des affections annexielles bilatérales. *L'Algérie médicale*, an. XXXIX, N° 86, février 1935.

DIEULAFE. La conservation de l'utérus après ovariectomie totale et la question des hormones utérines. *Revue franç. de Gyn. et Obst.* an XXXI, N° 1, janv. 1936.

MICHON et LABRY. De la conservation de l'utérus seul dans le traitement des annexites bilatérales. *Gyn. et Obst.*, t. XV, N° 4, avril 1937.

OPÉRATIONS NERVEUSES DANS LES SALPINGO-OVARITES

BITTMANN. Die pelvine Sympathektomie, speziell jene nach Cotte und die Schwangerschaft. *Zentralblatt f. Gyn.*, an LXII, N° 43, 22 octobre 1938.

COTTE. La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique ? *Presse médicale*, N° 7, 24 janvier 1925.

COTTE. Chirurgie du sympathique pelvien. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LXII, N° 33, 13 août 1938.

DUPONT. De l'énervation de l'ovaire. *Le Scalpel*, an. LXXXII, N° 46, 16 novembre 1929.

KRAUL. Die Durchtrennung des plexus hypogastricus superior nach G. Cotte bei chronisch entzündlichen Genitalerkrankungen. *Zentralblatt f. Gyn.*, N° 38, 18 septembre 1937.

LHERMITE et DUPONT. De l'énervation de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, t. XV, N° 3, mars 1927.

OPÉRATIONS RESTAURATRICES

BJÖRKENHEIM. Eine erfolgreiche Salpingostomatoplastik. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. XLIX, N° 8, 21 fév. 1925.

- CHALIER. Salpingotomie linéaire totale dans la stérilité tubaire. *Soc. Gyn. et Obst.*, 7 mars 1938.
- DENAVE. *Contribution à l'étude de la salpingostomie*. Th. Lyon, 1913.
- EBERHARD. Bemerkungen über Salpingostomatoplastik. *Arch. f. Gyn.*, t. CXXX, fasc. 3, N° 33, 13 août 1927.
- GOUILLOUD. Salpingolysis pour stérilité. Grossesse consécutive. *Lyon médical*, N° 13, 29 mars 1914.
- GREENHILL. Evaluation of salpingostomy and tubal implantation for the treatment of sterility. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. XXXIII, N° 1, Janv. 1937.
- HASELHORST. Über Ergebnisse der Salpingostomie. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LVIII, N° 7, 17 fév. 1934.
- HEIMANN. Salpingostomatoplastik und Gravidität. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. L, N° 28, 10 juillet 1926.
- JOLLES. Eine erfolgreiche Salpingostomatoplastik. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. XLVIII, N° 43, 25 octobre 1924.
- MORICE. *Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingotomie*. Th. Paris, 1924.
- TIXIER. Salpingo-utérostomie. *Soc Chir. Lyon*, 12 novembre 1928.
- TOPUSE. Über die Indikationsstellung zur Salpingostomie. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LIII, N° 20, 18 mai 1929.

GREFFES OVARIENNES

- BINET. Les autogreffes ovariennes au cours des annexectomies bilatérales. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 7 janv. 1935.
- COTTE. Valeur des greffes ovariennes chez la femme. *Rèvue franç. de Gyn. et Obst.*, an. XXXI, N° 11, novembre 1936.

- COTTE et COLSON. L'autogreffe ovarienne avec conservation de l'utérus dans le traitement de certaines salpingo-ovarites. *Gyn. et Obst.*, t. XXVII, N° 1, janv. 1933.
- COTTÉ et MOCQUOT. Résultats des greffes ovariennes. *Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1936.
- DOUAY. Résultats obtenus par l'auto-greffe ovarienne. *Soc. Nat. Chir.*, 25 mars 1936.
- KATZ. Operativer Ovarienersatz bei operativ kastrierten Frauen. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LV, N° 28, 11 juillet 1931.
- MAYER. La greffe ovarienne après annexectomie bilatérale avec conservation de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, t. XXVIII, N° 3, septembre 1933.
- VAN DER ELST. Un cas de grossesse après hystérectomie fundique avec greffe ovarienne. *Le Scalpel*, an. LXXXVII, N° 30, 29 juillet 1933.

PROCÉDÉS DIVERS

- BEUTTNER. Histopathologische Untersuchungen des Uterusfundus bei doppelseitiger entzündlicher Erkrankung der Eileiter und die daraus sich ergebenden Schlussfolgerungen zur operativen Behandlung unter Berücksichtigung der Klinischen Erfahrungen. *Schweizerische Med. Woch.*, an LIX, N° 34, 25 août 1929.
- BEUTTNER. L'hystérectomie fundique. *Congrès franç. de Chir.*, 1926. (*Discussion.*)
- CAFFIER. Die einseitige Eierstocksentfernung und ihre Folgen. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LXI, N° 41, 9 octobre 1937.
- GRANDPERRIN. *Chirurgie conservatrice et diathermie dans le traitement des salpingites*. Th. Paris, 1929.

- GRESSE. *La salpingectomie double avec conservation de l'utérus et de l'ovaire dans les traitements des annexites bilatérales.* Th. Paris, 1930.
- HARTMANN. L'implantation de l'ovaire dans l'utérus. *Gyn. et Obst.*, t. XI, N° 1, janv. 1925.
- LABRY et VILLAR. Indications et technique thérapeutique des cervicites chroniques. *Gyn. et Obst.*, t. XXXI, N° 3, mars 1935.
- PETIT. Conservation et transposition dans l'utérus d'un fragment d'ovaire après salpingectomie pour suppuration. Grossesse consécutive dans un cas. *Soc. Nat. Chir.*, N° 26, 18 oct. 1922.
- ROTTER. Nouveau traitement chirurgical des annexites inflammatoires, *Soc. Nat. Chir.*, 4 novembre 1931.
- ROTTER. Behandlung der entzündlicher Adnexerkrankung durch Unterbindung der Spermatikalgefäß. *Zentralblatt f. Gyn.*, an. LVI, N° 31, 30 juillet 1932.
- RUPP. Extraperitoneale Verlagerung des Ovariums nach Operationen wegen entzündlicher Adnexerkrankungen (exopexia ovarii). *Wiener Med. Wochens.*, an. LXXXII, N° 40, 1^{er} octobre 1932.
- VILLARD et LABRY. De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse. *Gyn. et Obst.*, t. XV, N° 4, avril 1927.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
PLAN	17

PREMIÈRE PARTIE

LES ÉCHECS, ÉTUDE ANATOMIQUE, PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

Échecs dus à une faute d'indication	25
Indication erronée (erreur de diagnostic).....	27
Affections extra-génitales.....	28
Affections génitales non annexielles.....	33
Indication insuffisante	37
Métrite cervicale persistante	38
Plexalgie hypogastrique persistante	44
Tuberculose méconnue	49

CHAPITRE DEUXIÈME

Échecs dus à la conservation	55
Adhérences	57
Rétroversion secondaire de l'utérus et et prolapsus de l'ovaire	62

Dégénérescence kystique de l'ovaire.....	67
Récidive sur l'autre annexe	100

DEUXIÈME PARTIE

LES CONDITIONS TECHNIQUES SUSCEPTIBLES D'ÉVITER

CERTAINS ÉCHECS

CHAPITRE PREMIER

Les opérations qu'il faut utiliser dans les salpingo-ovarites	117
Les opérations radicales.....	119
Les opérations restauratrices	120
Conservation intégrale.....	122
Opérations conservatrices intéressant les ovaires.	124
Opérations conservatrices intéressant les trompes	128
Castration unilatérale.....	130
Conservation de l'utérus et d'un ovaire.....	131
Greffes d'ovaire.....	131
Conservation de l'utérus seul.....	135

CHAPITRE DEUXIÈME

Points de technique visant à éviter certains échecs	139
L'anesthésie	144
L'incision	144
La protection	146
Précautions au cours d'une salpingectomie.....	147
La fixation utérine. — La fixation ovarienne. — La péritonisation.	149
Le drainage	156
Les soins post-opératoires.....	157
CONCLUSIONS	159
BIBLIOGRAPHIE	163

Imprimerie Emmanuel VITTE,
177, avenue Félix-Faure. Lyon.

24.569
